



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES EN
SITUACIÓN MÉDICO LEGAL ATENDIDOS EN LA CLÍNICA HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES TOXICOLÓGICAS VENUSTIANO CARRANZA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADO POR: BLANCA ESMERALDA NORIEGA MEZA

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. MINERVA VARGAS CABRERA**

**CIUDAD DE MÉXICO - 2020
JULIO**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES EN
SITUACIÓN MÉDICO LEGAL ATENDIDOS EN LA CLÍNICA HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES TOXICOLÓGICAS VENUSTIANO CARRANZA**

Autor: Blanca Esmeralda Noriega Meza

Vo. Bo.

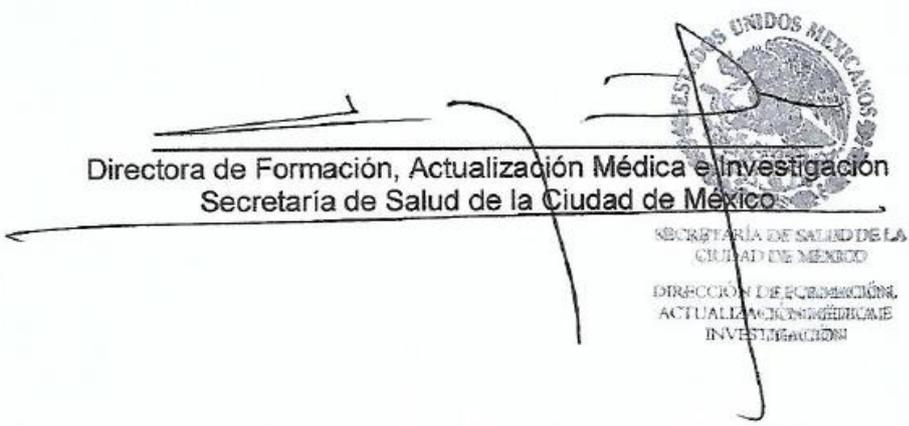
Dr. Víctor Hugo Soto Flores



Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Legal

Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano



Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES EN
SITUACIÓN MÉDICO LEGAL ATENDIDOS EN LA CLÍNICA HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES TOXICOLÓGICAS VENUSTIANO CARRANZA**

Autor: Blanca Esmeralda Noriega Meza

Vo. Bo.

Dra. Minerva Vargas Cabrera



Directora de Tesis

Médico Legista adscrita a la Clínica Hospital de Especialidades
Toxicológicas Venustiano Carranza de la Secretaría de Salud de la
Ciudad de México

Para todos ustedes, que me han traído hasta aquí.
Con mi más sincera gratitud.

“Dentro de veinte años estarás más decepcionado por las cosas que no hiciste que por las que hiciste. Así que suelta amarras. Navega lejos de puertos seguros, coge los vientos alisios en tus velas. Explora. Sueña. Descubre.”

Mark Twain

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	21
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características epidemiológicas de los pacientes que se encuentran en situación médico-legal y que reciben atención en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, revisando los expedientes de pacientes que se encontraban en situación médico legal, de cualquier sexo y cualquier edad, que hubieran recibido atención médica en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza durante el año 2018. **Resultados:** El censo constó de 91 expedientes. La población de estudio se conformó en 95% por hombres. La media de edad al momento de la primera atención médica fue de 30.9 años. El 43.84% contaba con educación secundaria completa, 54.24% refirió ser soltero y 89% residía en la Ciudad de México. El 46.15% tenía empleos diversos, los más frecuentes fueron comerciantes y taxistas/choferes. El 27.47% provenía de familias extensas; 54% refirió que tenía familiares consumidores. La media de edad de inicio de consumo fue de 15.5 años. El 62% de los pacientes iniciaron el consumo con una única sustancia, siendo la marihuana la más frecuente. El 78% mantuvo un patrón de policonsumo, la combinación más frecuente fue alcohol y marihuana. **Conclusiones:** Los pacientes en situación médico legal integran una parte de la población que consume sustancias que se encuentra en conflicto con la ley, en situación de calle, es víctima de violencia intrafamiliar o se encuentra en situación vulnerable por diversas circunstancias. Es una población con características específicas debido a las circunstancias por las cuales se

encuentran recibiendo tratamiento. Identificar estas cualidades favorecerá la creación de políticas y programas acordes con sus necesidades de salud específicas.

Palabras clave: consumo de sustancias, farmacodependencia establecimientos especializados en adicciones, tratamiento, delitos contra la salud.

INTRODUCCIÓN

El país ha experimentado cambios importantes en materia de salud: la mala nutrición, las prácticas sexuales sin protección, la falta de educación vial, la inactividad física, así como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, impactan seriamente en la salud de la población. De igual manera, las adicciones, las tendencias de consumo y las enfermedades que se asocian, han cambiado también y aunado a esto también lo ha hecho el perfil de la población afectada. ⁽¹⁾

Además de afectar la salud de quienes usan, abusan o dependen del tabaco, alcohol y otras sustancias, el fenómeno de las adicciones daña también la salud y el bienestar de familiares, amigos, compañeros de trabajo y de la sociedad en su conjunto. Entre las consecuencias que trae consigo, conduce a la pérdida de años de vida saludable y años de vida ajustados a discapacidad, ocasionan discapacidades y muerte prematura, contribuyen a la presentación de enfermedades crónicas que deterioran aún más la calidad de vida de los usuarios, generan mayor carga de enfermedad y con ello incrementan los costos al sistema de salud para su atención. En conjunto con esta problemática de salud, se encuentran los problemas generados por la realización de actos delictivos y violentos asociados al consumo. ⁽¹⁾

El consumo de sustancias psicoactivas de carácter legal, así como de aquellas de carácter ilegal, es un importante problema de salud pública. Sus efectos en las condiciones de vida de los consumidores, su impacto negativo en el desarrollo de la comunidad y en la vulneración de la sociedad en general, lo constituyen como un aspecto central en la creación de políticas públicas.

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENDOCAT), dentro de la población de 12 a 65 años, 10.3% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida y 9.9% ha consumido drogas ilegales alguna vez en la vida, 15.8% son hombres y 4.3% son mujeres. 0.6% presenta dependencia al consumo de drogas en el último año. El 8.6% ha consumido marihuana alguna vez en la vida, 2.1% lo ha hecho en el último mes y 1.2% en el último mes. Por su parte, la edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años; en hombres es de 17.7 años y en mujeres de 18.2. De las personas que presentan posible dependencia en el último año, el 20.3% ha asistido a tratamiento y de estos, 22% corresponde a hombres y 12.8% a mujeres. ⁽²⁾

Las tendencias del consumo de drogas indican que la prevalencia del consumo de droga alguna vez aumento de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016. La prevalencia del consumo de drogas ilegales aumento de 7.2% a 9.9%. La prevalencia del consumo de marihuana en el último año pasó de 1.2% a 2.1%. El consumo de cocaína se mantuvo estable tanto en la población que la consumió alguna vez (3.3% y 3.5%) como en el último año (0.5% y 0.8%). ⁽²⁾

En los últimos años algunas investigaciones han puesto énfasis en conceptualizar la problemática de la drogodependencia a partir de la caracterización y tipificación de la población que consulta a programas de asistencia y/o rehabilitación, constituyendo diseños exploratorios que recogen información orientada hacia una posterior construcción de un Perfil Epidemiológico Diferencial. ⁽³⁾

En 1975, el Comité Experto en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud definió el término de habituación. Este término está estrechamente relacionado con otro igualmente antiguo, pero ampliamente usado actualmente: adicción, que se define como un comportamiento distinguido principalmente por un deseo intenso y consciente por una droga y una tendencia a recaer en su consumo debido a la persistencia de actitudes claramente establecidas en las primeras etapas de la adicción. En 1954, el Comité Experto reemplazó los términos habituación y adicción con el de Farmacodependencia, el cual fue redefinido en 1969. En esta definición el uso compulsivo de una droga por sus efectos fisiológicos es la única característica, tanto necesaria como suficiente para definir la farmacodependencia. ⁽⁴⁾

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, engloba los criterios del abuso de sustancias y la farmacodependencia dentro del capítulo Trastornos relacionados con sustancias. La característica esencial del Trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con la misma. Una particularidad de este trastorno es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación; los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga. ⁽⁵⁾

Para la OMS, una droga es “toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo”.⁽⁶⁾ En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales.⁽⁷⁾ Partiendo de lo anterior, las sustancias psicoactivas son sustancias químicas de origen natural o sintético que afectan las funciones del sistema nerviosos central. Así resulta fundamental conocer las diferencias entre los términos uso, abuso y dependencia: ^(8, 9,10)

- **Uso:** consumo o utilización en un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar problemas clínicos o sociales. Respecto a esto se puede clasificar en tres tipos:
 - Experimental: es el consumo de una o más sustancias, en una o dos ocasiones, con la decisión de no volver a consumirla.
 - Recreativo: consumo que se presenta con más regularidad, y está enmarcado en contextos de ocio con más personas, generalmente con aquellas en las que se tiene mayor confianza.
 - Habitual: el consumo se hace preferente hacia una sustancia en particular y se genera un gusto por los efectos que produce.

- **Abuso:** patrón desadaptativo de consumo que conduce a un deterioro clínicamente significativo, lo cual implica una alteración en el funcionamiento personal: psicológico y social.
- **Dependencia:** se produce cuando se presenta un deseo intenso de consumo de la sustancia, disminución de la capacidad de control de consumo, abandono de otras fuentes de diversión, persistencia de consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales que produce y a la aparición de síntomas de abstinencia.

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas. Podemos clasificarlas según su estructura química, su origen (natural, sintético y semisintético, su acción sobre el sistema nervioso (estimulantes y depresores), con base en criterios socioculturales o de tipo legal (duras, blandas, legales e ilegales, o en función de las manifestaciones clínicas que producen. Tomando esto en cuenta, tenemos que atendiendo a sus posibles efectos y consecuencias físicas se clasifican en: ^(11, 12)

- **Estimulantes:** producen mejoras temporales de la actividad neurológica o física. Caracterizados por causar euforia y sobrevaloración de las potencialidades del consumidor, con sentimientos transitorios de omnipotencia y efímeras actitudes audaces. Los prototipos de estas drogas son las anfetaminas y la cocaína. Pueden producir además síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio,

hiperalgesia, euforia, disminución del apetito o el sueño, convulsiones, manía o la muerte.

- **Depresores:** aquellas que ralentizan o inhiben las funciones o la actividad de ciertos centros corticales. Ralentizan la memoria, disminuyen la presión sanguínea y el pulso cardiaco, producen analgesia, somnolencia, depresión respiratoria, coma y la muerte. Dentro de este grupo encontramos a los barbitúricos, sedantes y GABAérgicos.
- **Alucinógenos:** producen cambios en la percepción, consciencia o emociones. Producen alucinaciones, presentan alteraciones en la percepción del espacio, o de la propia imagen corpórea, audición de colores, visión del sonido o pérdida de la noción del tiempo. Es característico de este grupo el ácido lisérgico (LSD).
- **Opiáceos y sus derivados:** producen sueño, estupor e inhiben la transmisión nerviosa asociada al dolor. Se unen a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas: alcaloides del opio, como morfina y codeína; opiáceos semisintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opioides completamente sintéticos, tales como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

Tradicionalmente, nuestro país se centraba en la lucha contra quienes traficaban con drogas; se enfocaba en combatir a lo que las ofrecían. Actualmente es primordial emprender, además, una lucha integral,

permanente, amplia e intensiva dirigida a reducir la demanda de estas y sus efectos en la población. ⁽¹³⁾

Los Delitos contra la Salud se encuentran contemplados en el Título Séptimo del Código Penal Federal, en el que se comprenden los delitos denominados “De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos” en el capítulo I; y, “Del peligro del contagio, en el capítulo II. ⁽¹⁴⁾

Para poder analizar los Delitos contra la Salud es indispensable aclarar los conceptos de lo que son el delito y la salud: ⁽¹⁵⁾

Delito: deriva del latín *delinquere*, que significa apartarse o abandonar el buen camino. Es una conducta típica y antijurídica, realizada por alguien imputable y culpable, que dará por consecuencia la punibilidad. También es una infracción a la ley del Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos. El Código Penal Federal en su 7° artículo lo define como el acto u omisión que sancionan las leyes penales.

Salud: es aquel estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones. Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, en armonía con el medio ambiente.

Al hablar de delitos contra la salud, en este sentido podemos considerarlos como todos aquellos en los que se ejecución afectan al normal desarrollo del ser humano. Tienen como bien jurídico protegido la salud pública, pues es claro que el consumo de narcóticos, ya sean estupefacientes, psicotrópicos, sustancias o vegetales que señala la propia ley de salud, afectan negativamente el comportamiento cognoscitivo y fisiológico de las personas,

haciendo que sociedades enteras estén atrapadas en la farmacodependencia, con riesgo inminente de que la sociedad se deteriore en su salud física y mental. ⁽¹⁶⁾

Tenemos entonces que dentro del código Penal Federal se habla de ellos en los artículos 193 a 199. ⁽¹⁴⁾ El artículo 194 habla, en su primera fracción, señala que se impondrá prisión o multa, al que produzca, transporte, trafique, comercie, suministre gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193 (estupefacientes, psicotrópicos, y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud).

De igual manera es contra la ley, introducir o extraer del país alguno de los narcóticos comprendidos en los artículos antes mencionados, aunque fuera de forma momentánea o en tránsito, también lo es el aportar recursos económicos o de cualquier especie, o colaborar de cualquier manera con al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos comprendido dentro del mismo capítulo, así como realizar actos de publicidad o propaganda para que se consuma cualquiera de las sustancias mencionadas.

Por otro lado, la posesión de narcóticos que se señalan en el artículo 193 será sancionada siempre y cuando sea con la finalidad descritas anteriormente. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso, sancionada por las autoridades del fuero común en los términos que marca la Ley General de Salud.

A este respecto, la Ley General de Salud tiene contemplados a los estupefacientes y sustancias psicotrópicas dentro del Título décimo segundo “Control Sanitario de Productos y Servicios y de su importación y Exportación, en los capítulos V y VI, respectivamente. ⁽¹⁷⁾

Así mismo, en el Título décimo octavo “Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos, engloba a los “Delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo en el capítulo VII que comprende los artículos 473 a 482.

Es de mencionar en este punto que el narcomenudeo se puede definir como la posesión, comercio, suministro o cualquier conducta que se realice con narcóticos previstos en la tabla de la Ley General de Salud, cuando la cantidad de que se trate sea inferior a la que resulte de multiplicar por mil el monto de la dosis señalada como máximos de consumo personal inmediato diario. ⁽¹⁶⁾

Antes, el consumo personal lo determinaba el criterio judicial, y era variante en el país, dependiendo del arbitrio del juez. ⁽¹⁶⁾ Existe narcotráfico cuando se trata de cantidades que resultan mayores a la dosis para consumo personal, multiplicadas por mil.

La tabla referida anteriormente, se encuentra en el artículo 479 de la Ley General de Salud y establece las cantidades de narcóticos que se consideran están destinadas para su estricto e inmediato consumo personal, las cuales son como sigue a continuación: ⁽¹⁷⁾

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Mariguana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA,	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
Metilendioxianfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

Así tenemos que, si se poseen 500 mg de cocaína, que es la cantidad para el estricto consumo personal diario, y lo multiplicamos por mil, serían 500 g o medio kilo; de esta cantidad en adelante, estaríamos hablando de narcotráfico. De igual forma pasa con la marihuana, son 5 g los establecidos como consumo personal diario, multiplicando esta cifra por mil resultan 5 kg; esta cantidad se encuentra del narcotráfico.

El artículo 474 le otorga competencia para conocer de estas conductas a las policías, ministerios públicos y jueces, todos locales, es decir, cuando se trate de narcomenudeo. El fuero federal conocerá, fuera de estos casos, de

narcotráfico. Además, las autoridades federales conocerán de los delitos en casos de narcomenudeo cuando se trate de lo siguiente:

- a. Delincuencia organizada.
- b. Cuando el narcótico no esté contemplado en la tabla referida del artículo 479.
- c. Que el Ministerio Público Federal solicite la remisión del asunto.
- d. Que el Ministerio Público Federal conozca en primer lugar o prevenga del asunto.

Por otra parte, en la Ley General de Salud existen algunos tipos penales que se encuentran previstos en el Código Penal Federal y tres excusas absolutorias que también se hallan en dicho código:

1. Tratándose de medicamentos necesarios para el tratamiento de una persona (artículo 478, segundo párrafo);
2. Tratándose de farmacodependientes con cantidad igual o inferior para su consumo personal diario (artículo 478); y
3. Para el consumidor no farmacodependiente, que se le encuentra cantidad igual o menor para su consumo personal diario, el Código Penal Federal contempla las mismas causas absolutorias, en diversos artículos

Cuando el Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto como identifique que una persona relacionada con un procedimiento es farmacodependiente, deberá de informar de inmediato y, en su caso, dar

intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda, según lo que dice el artículo 482 de esta Ley.

Dentro de este marco legislativo, cabe mencionar que las drogas y las conductas delictivas han despertado el interés de investigadores, legisladores y medios de comunicación debido al impacto social de ambos fenómenos, motivados por los elevados costes humanos, económicos y sociales que representan. ^(18, 19)

A la hora de analizar estos dos fenómenos de manera aislada, desde una perspectiva histórica, han dado lugar a un gran conjunto de datos empíricos que han facilitado su comprensión. De todos modos, ni el consumo de drogas ni la delincuencia han podido ser explicados en su totalidad, dado que se trata de fenómenos complejos, en los que intervienen una gran variedad de factores potencialmente causales. Hay que destacar el incremento que se ha producido en los últimos años de ambos fenómenos, tanto en el número de consumidores habituales de drogas como en el de sujetos que realizan actividades delictivas. Este incremento, en ambos casos, ha afectado concretamente a un sector de la población: los adolescentes y los jóvenes. Tanto el consumo de drogas como la actividad delictiva son ambas conductas atípicas en la sociedad; se trata de actividades contrarias a las normas y leyes tipificadas en nuestro ordenamiento jurídico, por lo que se incluyen en el marco de conductas socialmente desviadas. ⁽¹⁹⁾

El nexo entre delincuencia y drogas se puede explicar desde diferentes perspectivas: que la delincuencia lleva al consumo de drogas, que las drogas

llevan a la comisión de delitos, que tanto el consumo de drogas como la delincuencia están correlacionados simultáneamente, o que ambos fenómenos parten de una serie de variables en común. Los estudios de las últimas décadas toman como referencia el nexo entre drogas y crímenes violentos de Paul Goldstein y su modelo tripartita. En 1965, Goldstein distinguió en su marco conceptual tres tipos de relaciones: la Psicofarmacológica, donde los sujetos cometen crímenes bajo los efectos de sustancias psicoactivas; la Económico-compulsiva, donde los usuarios de drogas cometen delitos con fines económicos para obtener la financiación de la adicción; y la Sistemática, en la cual la percepción de las ganancias que se obtienen de los mercados de drogas ilegales alienta al involucramiento de las personas en conductas delictivas. ⁽²⁰⁾

Numerosos estudios no terminan de responder a la pregunta de cuál de las dos variables causa la otra, sin embargo, gran parte de ellos se basan en tres hipótesis: ⁽¹⁸⁾

1. Hipótesis de la necesidad económica, se basa en la necesidad de consumo del drogodependiente que para evitar los efectos negativos indeseables por la falta de uso o síndrome de abstinencia. Estos delitos están motivados por el alto coste de las drogas ilegales que crean una fuerte dependencia, tales como el consumo de heroína y cocaína. Son delitos patrimoniales tales como robos, con cierto grado de violencia dependiendo del estado de necesidad del enfermo.

2. Hipótesis farmacológica, que abarca los delitos que son resultado de la ingestión de drogas, delitos sobre todo violentos, debidos a la excitación y alteración de las facultades psicológicas de las personas a la hora de responder a estímulos externos. Los delitos vulnerados dentro de esta hipótesis corresponderían con delitos de agresiones, atentados. Las drogas que más afectan a esta hipótesis son el alcohol, los estimulantes, los barbitúricos y el clorhidrato de fenciclidina.

3. Hipótesis de la delincuencia sistemática, que engloba los actos violentos inherentes al negocio del comercio de drogas. Siendo el mercado de drogas ilegales uno de los más fructíferos económicamente hablando, defendiendo éstos sus intereses de forma violenta para mantener el estatus en el territorio.

Con respecto a lo anterior podemos decir que la medicina legal al constituir a aplicación de conocimientos médicos a los problemas jurídicos es de hecho un cruce de caminos entre el mundo jurídico y el médico. En el ámbito penal, una importante cantidad de delitos tienen como origen la farmacodependencia o están directa o indirectamente relacionados con estas. Las drogas de abuso generan, junto con el problema sanitario, un grave problema jurídico-penal, al encontrarse muchos de estos pacientes, como resultado de su adicción, incursos en problemas policiales y judiciales. ⁽²¹⁾

La medicina legal como disciplina médico-social tiene no solo por objetivo considerar la individualidad de los hombres, sino también que este trasciende y se irradia al contexto social. En el aspecto de la farmacodependencia, una de sus funciones es el asesoramiento de Jueces, Magistrados y Fiscales

acerca de los efectos sobre la salud y características farmacológicas y toxicológicas de cada una de las drogas de abuso que existen en nuestro medio, con especial interés en la imputabilidad, las características e intensidad del síndrome de abstinencia y la valoración del grado de adicción de cada individuo. ⁽²¹⁾

Para comprender mejor la situación jurídica de este tipo de pacientes, debemos conocer en que consiste la suspensión condicional del proceso. De acuerdo al artículo 191 del Código Nacional de Procedimientos Penales, se entiende por suspensión condicional del proceso al planteamiento formulado por el Ministerio Público o por el imputado, el cual contendrá un plan detallado sobre el pago de la reparación del daño y el sometimiento del imputado a una o varias de las condiciones que refiere el capítulo sobre la suspensión del proceso, que garanticen una efectiva tutela de los derechos de la víctima u ofendido y que en caso de cumplirse, pueda dar lugar a la extinción de la acción penal. ⁽²²⁾

La suspensión condicional del proceso procederá en los casos en que se cubran los requisitos siguientes:

- I. Que el auto de vinculación a proceso del imputado se haya dictado por un delito cuya media aritmética de la pena de prisión no exceda de cinco años;
- II. Que no exista oposición fundada de la víctima y ofendido, y

- III. Que hayan transcurrido dos años desde el cumplimiento o cinco años desde el incumplimiento, de una suspensión condicional anterior, en su caso.

El juez de control fijará el plazo de suspensión condicional del proceso, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a tres años y determinará al imputado una o varias de las condiciones que deberá cumplir (artículo 195). Entre las estas condiciones se encuentran residir en un lugar determinado, frecuentar o dejar de frecuentar determinados lugares o personas, aprender una profesión u oficio, prestar servicio social a favor del Estado, tener un trabajo o empleo, no poseer ni portar armas, no conducir vehículos, abstenerse de viajar al extranjero, o cualquier otra condición que, a juicio del juez de control, logre una efectiva tutela de los derechos de la víctima.

Dentro de estas condiciones con relación a las personas farmacodependientes están el abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas, participar en programas especiales para la prevención y el tratamiento de las adicciones y someterse a tratamiento médico o psicológico.

Por otro lado, si el imputado dejará de cumplir injustificadamente las condiciones impuestas, no cumpliera con el plan de reparación o posteriormente fuera condenado por sentencia ejecutoria por delito doloso o culposo, siempre que el proceso suspendido se refiera a delito de esta naturaleza, el juez de control convocará a las partes a una audiencia en la que

se debatirá sobre la procedencia de la revocación de la suspensión condicional del proceso, debiendo resolver de inmediato lo que proceda.

El juez de control podrá también ampliar el plazo de suspensión del proceso hasta por dos años más. Esta extensión del término podrá imponerse por una sola vez.

Entonces tenemos que el uso y abuso de sustancias psicoactivas representa una preocupación creciente no solo para las autoridades del país, sino también para la sociedad en general. Esta problemática exige que se cuente con una variedad de recursos humanos especializados, técnicos y profesionales, que se encuentren capacitados para orientar y dar asistencia y tratamiento de la farmacodependencia. De igual forma se requiere establecer mecanismos de coordinación entre instituciones y programas, de tal modo que se implementen estrategias y acciones de investigación, prevención y tratamiento y rehabilitación, reducción del daño, normatividad, legislación, sensibilización y capacitación, para garantizar que todas las acciones anteriores beneficien a la población. ⁽²³⁾

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 tiene como objetivo establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de la farmacodependencia. Para brindar el tratamiento adecuado a la población se debe contar con establecimientos especializados en adicciones que son aquellos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo

perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas y que operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto.

El modelo profesional de atención es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de los servicios de consulta externa, consulta de urgencias, y hospitalización, entre otros. Es en estos servicios donde se pretende llevar a cabo el proceso de rehabilitación, por el cual el individuo que presenta trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas pueda alcanzar un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Además, se llevan a cabo otras acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias, por lo que se articula con las acciones de prevención y tratamiento, aunque no pretende necesariamente conseguir la abstinencia. Por ejemplo, en el caso del VIH/SIDA, se pretende dar información a los usuarios sobre la enfermedad, dotación de condones, asesoría médica y realización de prueba de detección de VIH y así limitar la transmisión de VIH por consumidores de drogas inyectadas.

Cabe señalar que el tratamiento de las adicciones es un proceso complejo, en el que deben intervenir un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, pero no solo el tratamiento del individuo es un punto importante, también debe considerarse la problemática que el consumo de sustancias trae consigo para vincularse con su entorno.

De este modo el restablecimiento pleno del usuario de sustancias supone un proceso de reinserción social complejo, en el cual el abandono o reducción del consumo de estas es solo un primer paso. El uso de drogas se traduce en la reducción de la calidad de vida de la persona en un sentido amplio, en donde se pierden gradualmente un lugar y un espacio dentro del entorno social, que solo son reemplazados, a veces, por las redes de consumo que se construyen al transitar por la adicción. A ello se agrega la carencia de habilidades sociales que tiene lugar cuando el inicio en el consumo ocurre a edades tempranas, contribuyendo a acentuar el aislamiento. ⁽²⁴⁾

Es importante considerar la falta de estructura que caracteriza la vida cotidiana de muchos usuarios o el estilo de vida desorganizado casi por completo en torno a la adquisición y administración de sustancias.

Lo anterior refleja la compleja realidad de la vida de los usuarios de drogas cuando han desarrollado dependencia y pone de manifiesto la necesidad de generar mecanismos que le permitan reintegrarse a su medio, es decir, que le ayuden a reconstruir las redes sociales rotas de modo que pueda volver a ocupar un lugar en su entorno social. ⁽²⁴⁾

En este sentido la reinserción social es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y así, lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social. ⁽²⁴⁾

Los trastornos por consumo de drogas están asociados a una variedad de desórdenes mentales y somáticos, así como consecuencias sociales

negativas, como pérdida de la vida, inestabilidad de relaciones (familiares, sociales, pareja), redes de apoyo, aislamiento de círculos sociales, inestabilidad laboral y entrada tardía al mercado laboral. Esto podría llevar al debilitamiento de las relaciones interpersonales, la reducción del rendimiento escolar y profesional, comprometiendo la unión familiar y favorecer el desarrollo de trastornos de salud mental. Dada la complejidad de los trastornos por consumo de drogas, un enfoque que aplica intervenciones efectivas e involucra a diferentes sectores se considera más benéfico. El tratamiento y la atención eficaces de estos trastornos ayudarán a reducir tanto el uso de drogas como la reincidencia en la comisión de delitos. ⁽²⁵⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de expedientes clínicos de los pacientes que se encontraban en situación médico legal y fueron atendidos en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza en el periodo del 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018. Se recabaron datos de los expedientes de pacientes de cualquier edad y sexo.

Debido a que el presente trabajo se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, en donde se realizó la revisión de expedientes y no se requirió la intervención de los pacientes, se considera un estudio sin riesgo por lo cual, no fue necesario solicitar consentimiento informado.

Se solicitó al área de archivo un censo de los pacientes ingresados en el año a estudiar, obteniéndose así un total de 114 expedientes. A continuación se elaboró un formato para la captura de datos (**Figura 1**), en el cual se incluyeron las variables a estudiar, las cuales fueron: sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia actual, religión, ocupación, composición familiar, ingresos económicos familiares mensuales, edad de inicio de consumo de sustancias, sustancias utilizadas para iniciar el consumo, sustancias para mantenimiento del consumo, antecedentes familiares de consumo de sustancias, antecedentes personales de trastornos psiquiátricos y la presencia de comorbilidades. Se excluyeron 23 expedientes que se encontraban incompletos y, por lo tanto, no se pudo obtener información de una o más de las variables; quedando una muestra final de 91 expedientes para analizar. Durante la revisión de dicho material, se incorporaron a las

variables a estudiar las siguientes: autoridad solicitante de la atención médica, familiares con el antecedente de consumo y tipo de trastorno mental referido.

Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos en el programa Excel y posteriormente se utilizó este mismo para realizar el análisis estadístico de los mismos. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas, mientras que se utilizó estadística descriptiva para su análisis.

Figura 1. Formato de captura de datos.

Expediente: _____

Autoridad solicitante: _____

Fecha de primera cita: _____

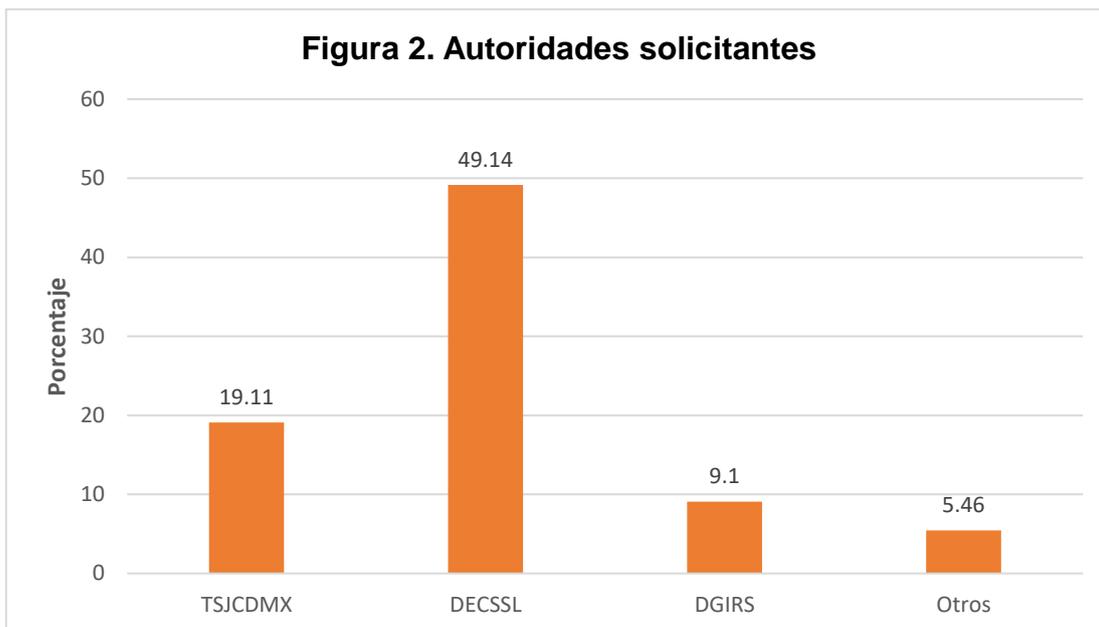
<p>1. Edad: _____</p> <p>2. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>3. Escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado</p> <p>4. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión libre</p> <p>5. Composición familiar <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo (s) <input type="checkbox"/> Pareja e Hijo (s) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padres e hijo (s) <input type="checkbox"/> Padres y pareja <input type="checkbox"/> Padres, hijo (s) y pareja <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otros Especificar: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Desempleado (a) <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____</p> <p>9. Ingresos económicos familiares Cantidad: _____</p> <p>10. Edad de inicio de consumo de sustancias: _____</p> <p>11. Sustancia (s) de inicio de consumo <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otras Especificar: _____</p> <p>12. Sustancias de mantenimiento <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Otras Especificar: _____</p>
---	--

<p>6. Lugar de residencia actual <input type="checkbox"/> Ciudad de México <input type="checkbox"/> Estado de México <input type="checkbox"/> Otros Especificar: _____</p> <p>7. Religión <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra Especificar: _____</p> <p>8. Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar</p>	<p>13. Antecedentes familiares de consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. Antecedentes personales de trastornos mentales <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. Comorbilidades <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Sistémica <input type="checkbox"/> Crisis convulsivas <input type="checkbox"/> Otras Especificar: _____</p>
---	--

RESULTADOS

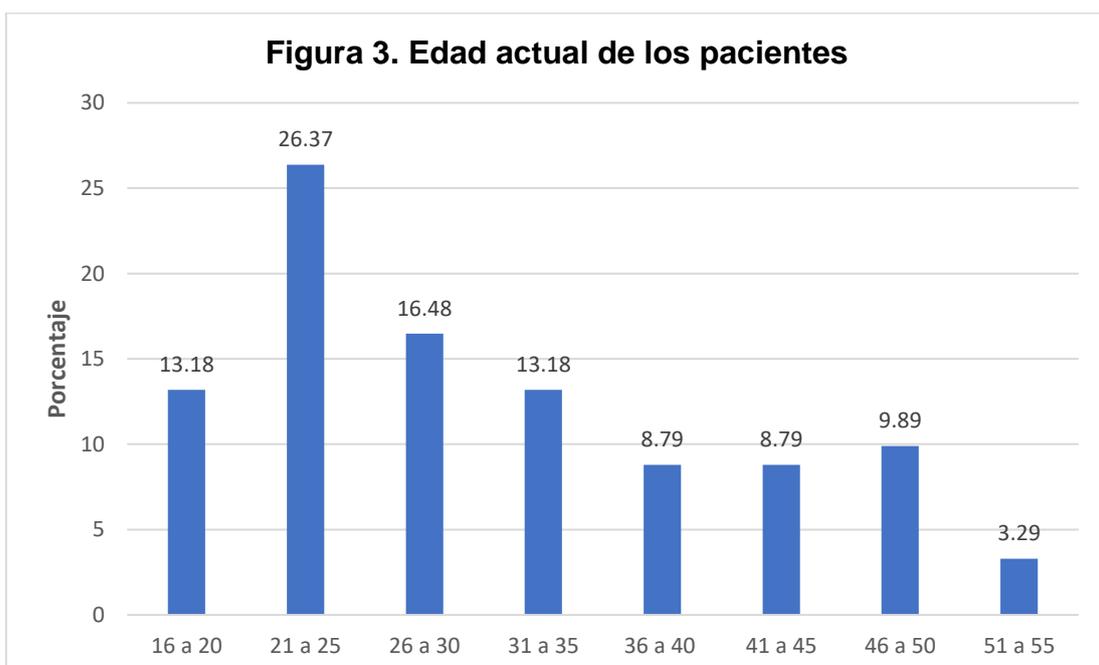
Se obtuvieron 91 expedientes de pacientes que se encontraban en situación médico legal y que fueron atendidos en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza durante el año 2018.

La muestra se conformó principalmente por hombres, constituyendo estos el 95% de la población; las mujeres representaron el 5% restante. Por otra parte, a la revisión de los documentos contenidos en los expedientes, se observó que la autoridad que más peticiones realizó para integrar a los pacientes a tratamiento fue la Subsecretaría de Sistema Penitenciario por medio de la Dirección Ejecutiva de Control y Seguimiento de Sentenciados en Libertad (DECSSL) con el 49.14% de las solicitudes; seguido por el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México (TSJCDMX), a través de la Unidad de Supervisión de Medidas Cautelares y Suspensión Condicional del Proceso, con el 19.11% de las solicitudes; en tercer lugar se encontró a la Dirección General del Instituto de Readaptación Social (DGIRS) con el 9.1% de las peticiones; las otras autoridades que solicitaron se proporcionara atención médica a los pacientes (5.46%) fueron el Centro de Investigación Victimológica y Apoyo Operativo, la Procuraduría de Justicia de la Ciudad de México, la Unidad de Atención y Prevención a la Violencia Familiar (UAPVIF) en Venustiano Carranza y un defensor particular (**Figura 2**).



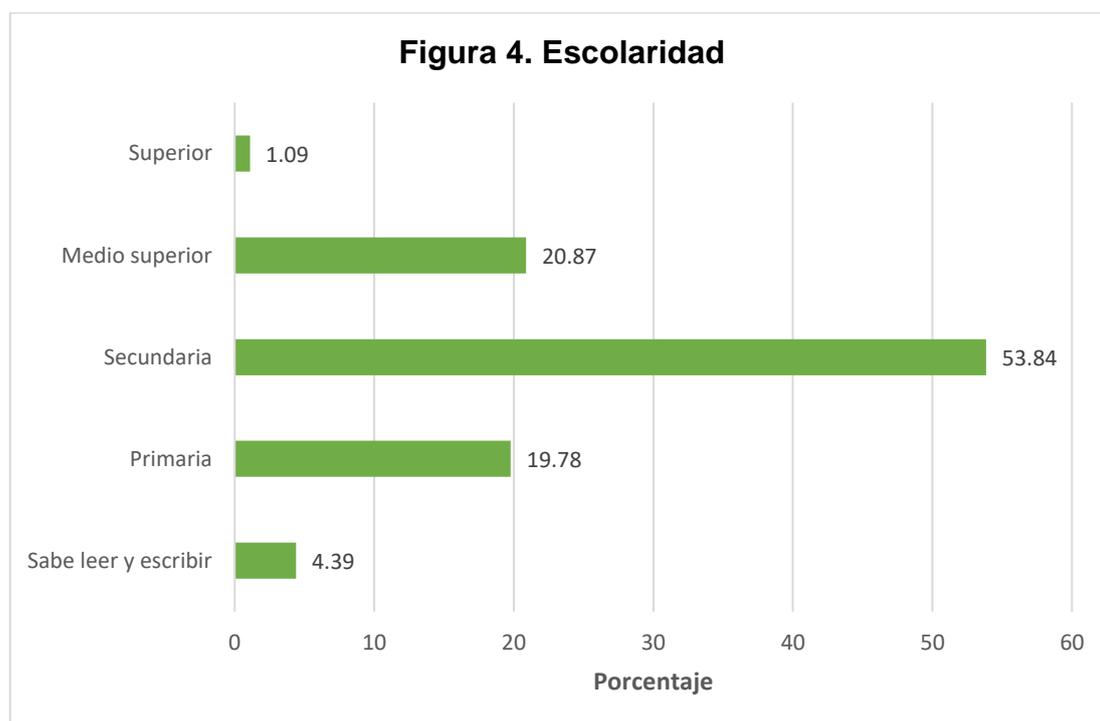
Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Con respecto a la edad actual de los pacientes se encontró que el 26.37% de los pacientes se encontraban en el grupo de 21 a 25 años al momento de la primera atención médica, siendo el rango predominante (**Figura 3**). La media de edad fue de 30.9 años y una desviación estándar de 5.67.



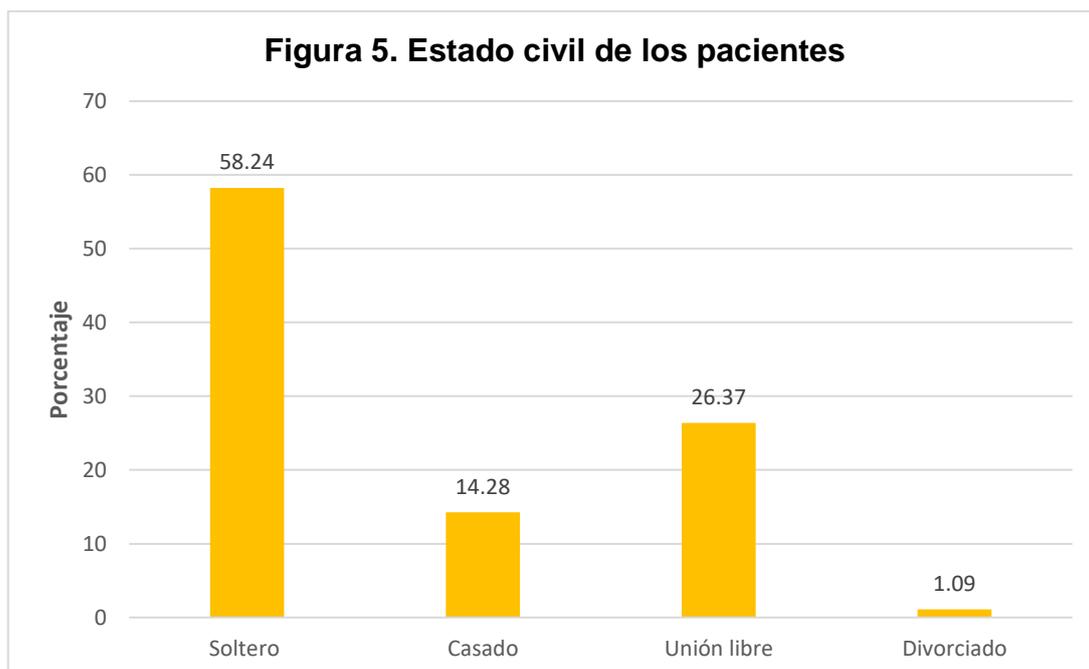
Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Con relación a la escolaridad de los pacientes el 4.39% refirió saber leer y escribir, mientras que el 19.78% contaban con la primaria completa y el 53.84% con la secundaria completa; por otro lado, el 20.87% alcanzó la educación media superior y el 1% contaba con estudios de educación superior (Figura 4).



Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

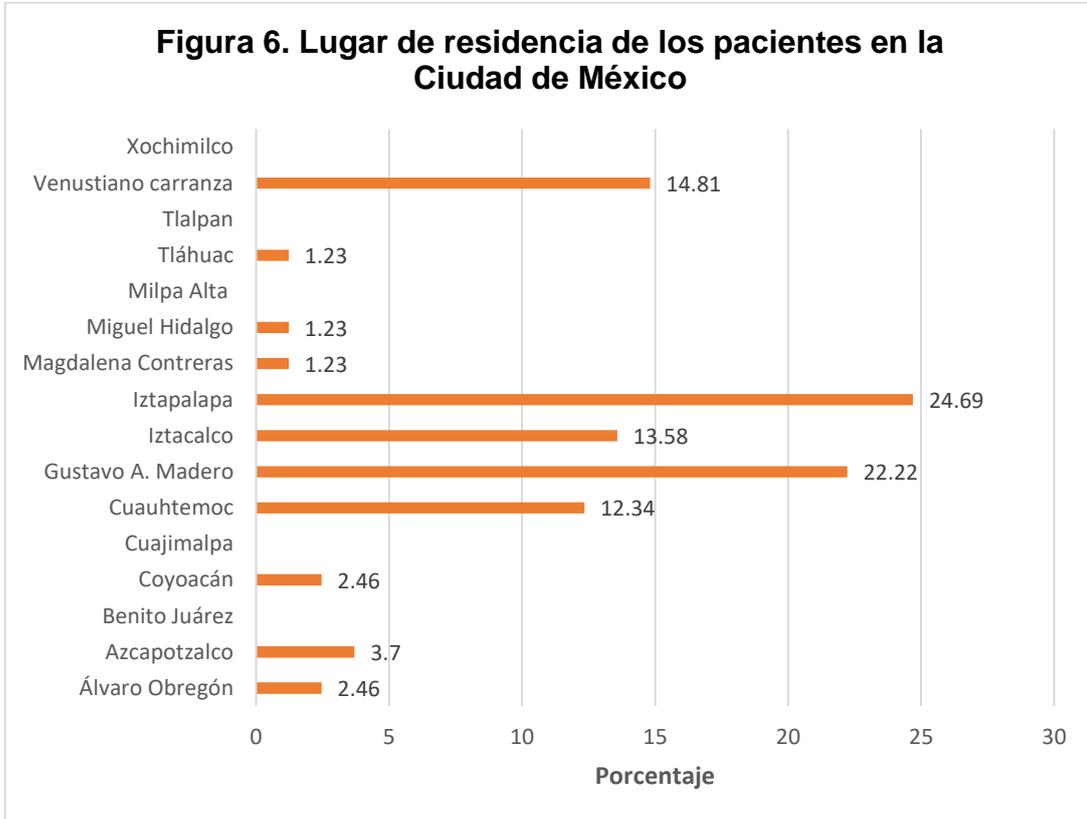
Con respecto al estado civil se observó que 54.24% de los pacientes eran solteros, 14.28% eran casados, 26.37% tenían una relación en unión libre y 1% refirió haberse divorciado (Figura 5).



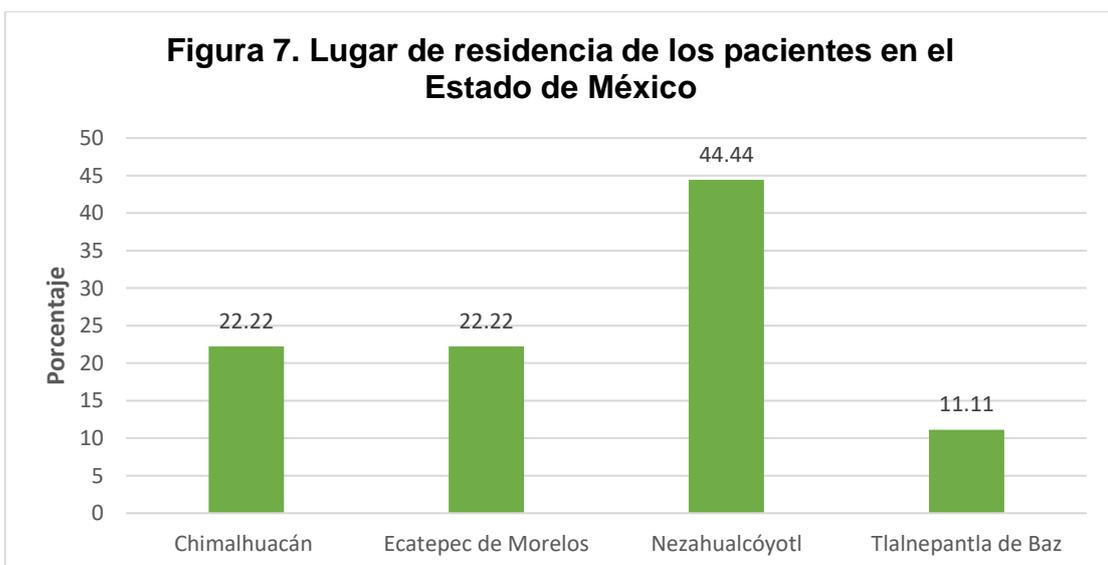
Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Por otro lado, el 89% de los pacientes vivían en la Ciudad de México, mientras que el 9.89% vivían en diferentes Municipios del Estado de México y el 1% vivía en otros estados del resto del país. Las Alcaldías de la Ciudad de donde el mayor porcentaje de los pacientes provenían fueron Iztapalapa con 24.69%, Gustavo A. Madero con 22.22%, Venustiano Carranza con 14.81% e Iztacalco con 13.58% (**Figura 6**). A estas le siguen en menor porcentaje Álvaro Obregón (2.46%), Cuauhtémoc (12.34%), Azcapotzalco (2.46%), Coyoacán (2.46%), Magdalena Contreras (1.23%), Miguel Hidalgo (1.23%) y Tláhuac (1.23%). De las delegaciones Benito Juárez, Cuajimalpa, Milpa Alta, Tlalpan y Xochimilco no provenía ningún paciente. Del 9.89% de pacientes que vivían en el Estado de México el 22.22% residía en Ecatepec de Morelos, 22.22% en Chimalhuacán, el 44.44% en Ciudad Nezahualcóyotl y el 11.11% lo hacía en Tlalnepantla de Baz (**Figura 7**).

Solo un paciente (1.09%) refirió vivir en un estado diferente del país, siendo el Estado de Veracruz su lugar de residencia.

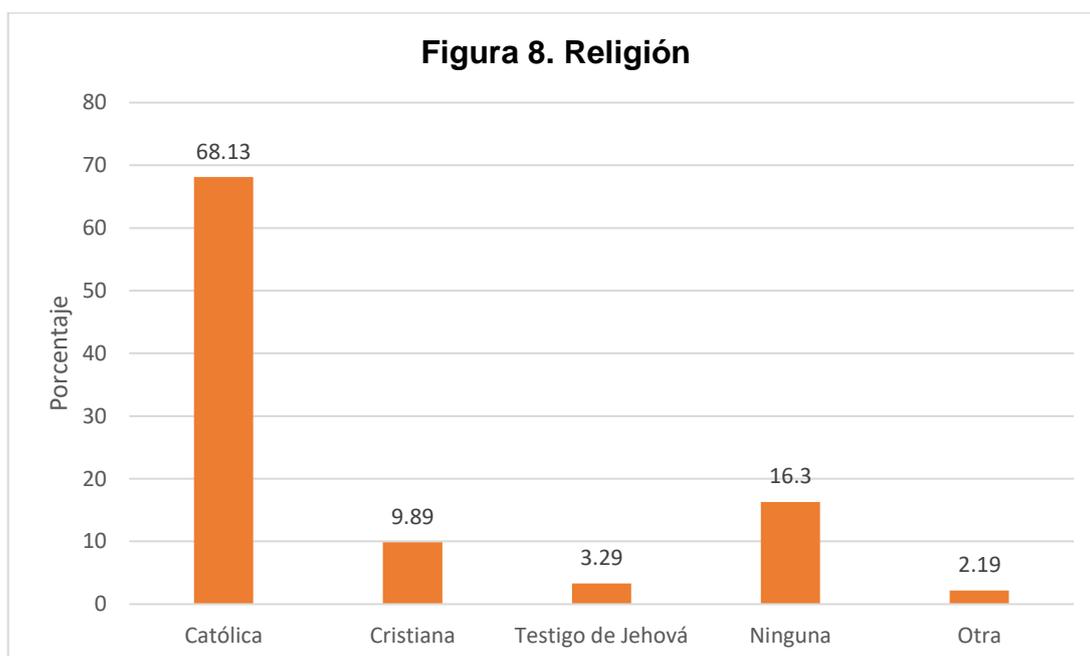


Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.



Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Por otro lado, en lo que respecta a la creencia religiosa de los pacientes, se encontró que 68.13% eran católicos, 9.89% cristianos y 3.29% testigos de Jehová (**Figura 8**). Dos pacientes profesaban la santería, representando el 2.19% del total del censo. Por el contrario, 16.3% de los pacientes no profesaban religión alguna.

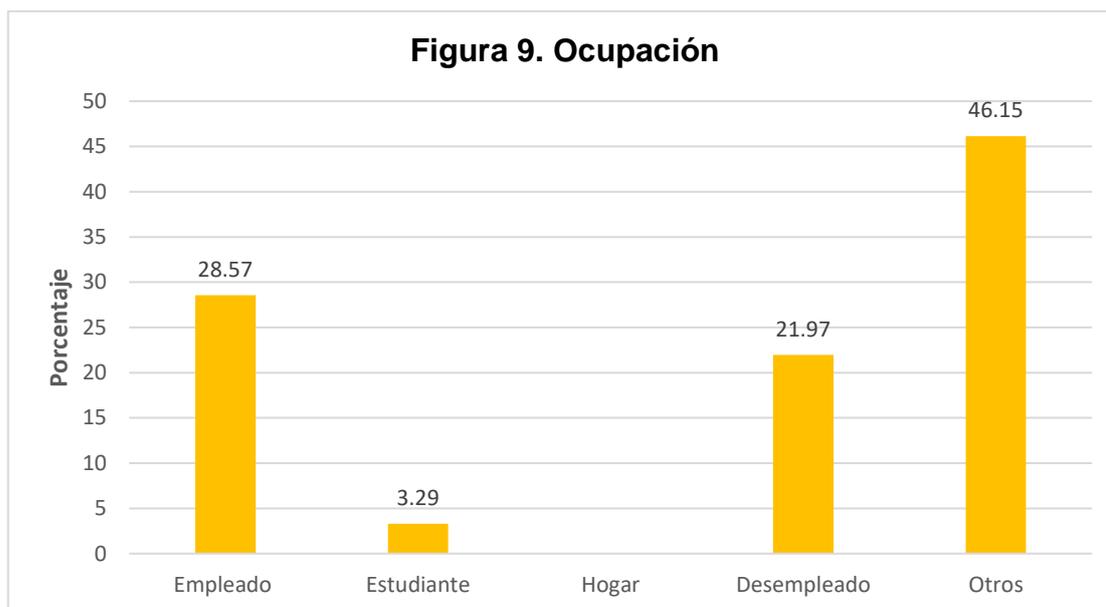


Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

En cuanto a la ocupación se refiere, el 28.57% de los pacientes eran empleados, 21.97% eran desempleados y 3.29% eran estudiantes, asimismo el 46.15% tenían otro tipo de empleos (**Figura 9**).

Del 46.15% que refirieron tener distintas ocupaciones se encontró que 61.9% de ellos eran comerciantes, siendo esta actividad la predominante dentro de este grupo; seguido por el 11.9% que mencionaron ser choferes o taxistas.

Las demás ocupaciones referidas se muestran en la **tabla I**.



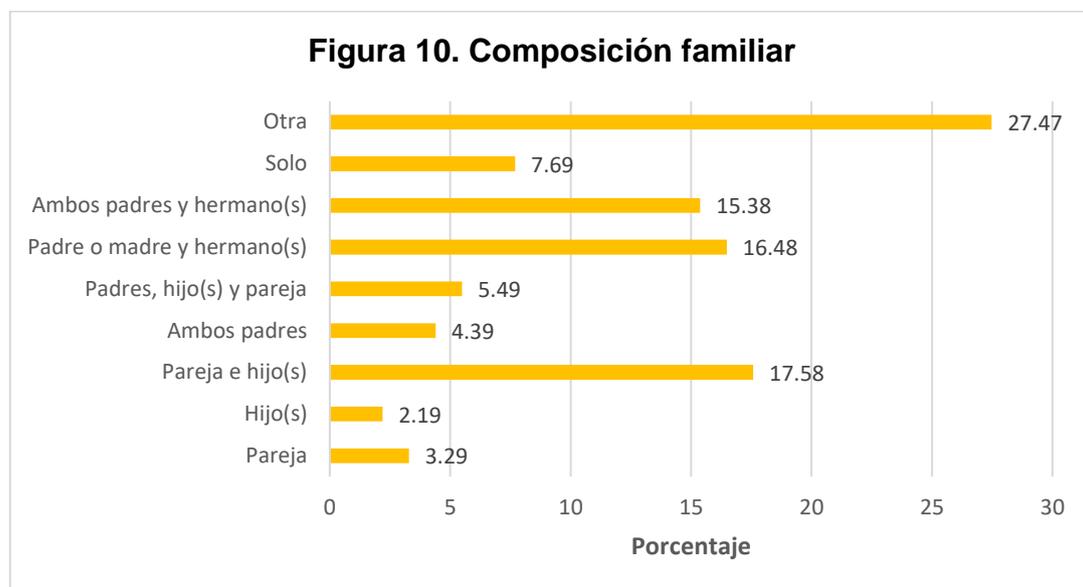
Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Tabla I. Otras ocupaciones

Ocupación	Pacientes	Porcentaje
Herrero	1	2.38
Hojalatero	1	2.38
Comerciante	26	61.9
Taxista/Chofer	5	11.9
Limpiaparabrisas	1	2.38
Peluquero	1	2.38
Plomero	1	2.38
Barrendero	1	2.38
Bolero	1	2.38
Reparador electrónico	1	2.38
Serigrafista	1	2.38
Soldador	1	2.38
Diablero	1	2.38
Soldador	1	2.38
TOTAL	42	100

En relación a la composición familiar (**Figura 10**) se encontró que 17.58% vivían con su pareja e hijo(s), el 16.48% lo hacían con alguno de sus padres y sus hermano(s) y el 15.38% vivían con ambos padres y sus hermano(s); en cambio, 7.69% de los pacientes vivía solo, 5.29% vivía con sus padres, pareja

e hijo(s), 4.39% con ambos padres, 3.29% lo hacía únicamente con su pareja y 2.19% solo con sus hijo(s). Sin embargo, el 27.47% de los pacientes mostró que la composición de su familia era más variada; se muestran en la **tabla II**.

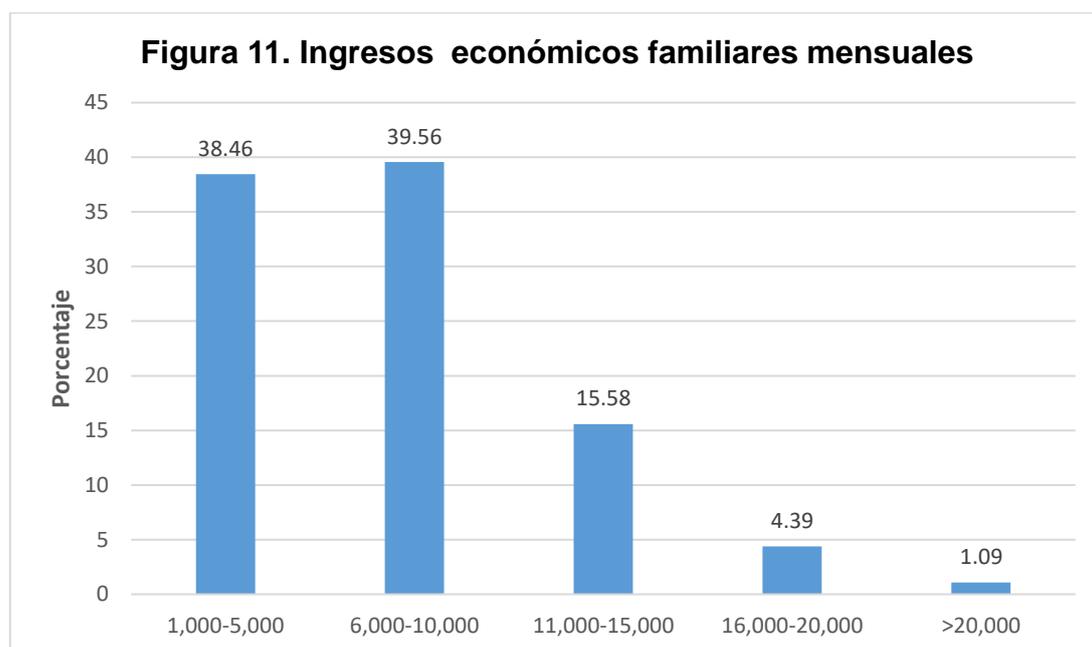


Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Tabla II. Diferentes miembros que conforman la familia de los pacientes

Integrantes de la familia	Pacientes	Porcentaje
Hermano(s)	2	2.19
Abuelos	1	1.09
Hermano(s) y sobrino(s)	1	1.09
Padre o madre	1	1.09
Padre o madre y tíos	2	2.19
Padre o madre, hermano(s) e hijo(s)	1	1.09
Padre o madre, hermano(s) y abuelos	1	1.09
Padre o madre, hermano(s) y pareja	1	1.09
Padre o madre, hermano(s) y tíos	2	2.19
Padre o madre, hermanos, hijo(s) y pareja	2	2.19
Padre o madre, hermano(s), tíos y abuelos	1	1.09
Padre o madre, hijo(s) y pareja	1	1.09
Padres e hijo(s)	1	1.09
Padres, hermano(s) e hijo(s)	1	1.09
Padres, hermano(s) y abuelos	1	1.09
Padres, hermano(s) y pareja	1	1.09
Padres, hermanos(s), hijo(s) y abuelos	1	1.09
Padres, hermano(s), hijo(s) y pareja	1	1.09
Tíos y primos	3	3.29
TOTAL	25	100

En cuanto a los ingresos económicos familiares mensuales (**Figura 11**) se obtuvo que el 39.56% tenía ingresos entre \$6,000 y \$10,000 mensuales, el 38.46% entre \$1,000 y \$5,000, el 15.58% entre \$11,000 y \$15,000, el 4.39% entre \$16,000 y \$20,000; 1% percibía ingresos mayores a \$20,000 mensuales.

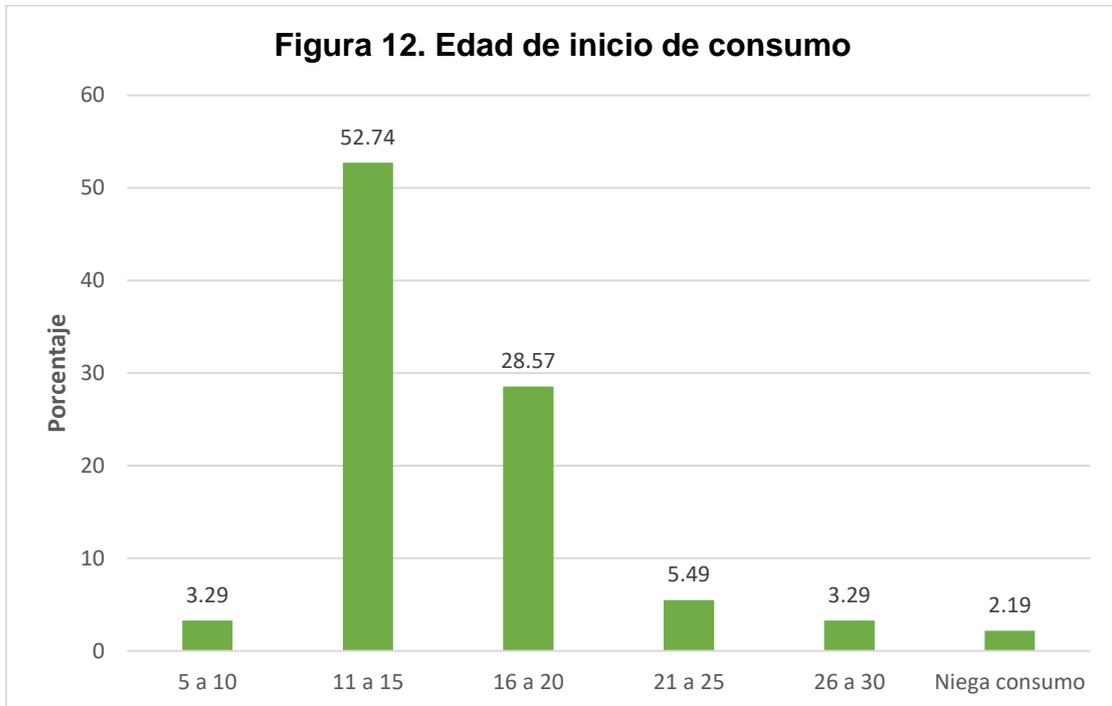


Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

En lo referente al consumo de sustancias se encontró que 97% de los pacientes refirieron consumir algún tipo de sustancia, 2.19% negaron consumir o haber consumido alguna sustancia y 1.09% refirió haber consumido alguna clase de sustancia alguna vez en la vida y en la actualidad no consumirlo más.

Se observó que el 48% de los pacientes habían iniciado el consumo de sustancias entre los 11 y 15 años, el 26% entre los 16 y 20 años, 5.49% entre los 21 y 25 años, el 3.29% entre los 26 y 30 años y el 3.29% entre los 5 y 10

años (**Figura 12**). La media de edad fue de 15.5 años y una desviación estándar de 4.24.



Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

En cuanto a las sustancias con las cuales los pacientes iniciaron su consumo, se encontró que el 62% inicio con una sustancia y el 36% habían iniciado con más de dos sustancias (**Figura 13**).

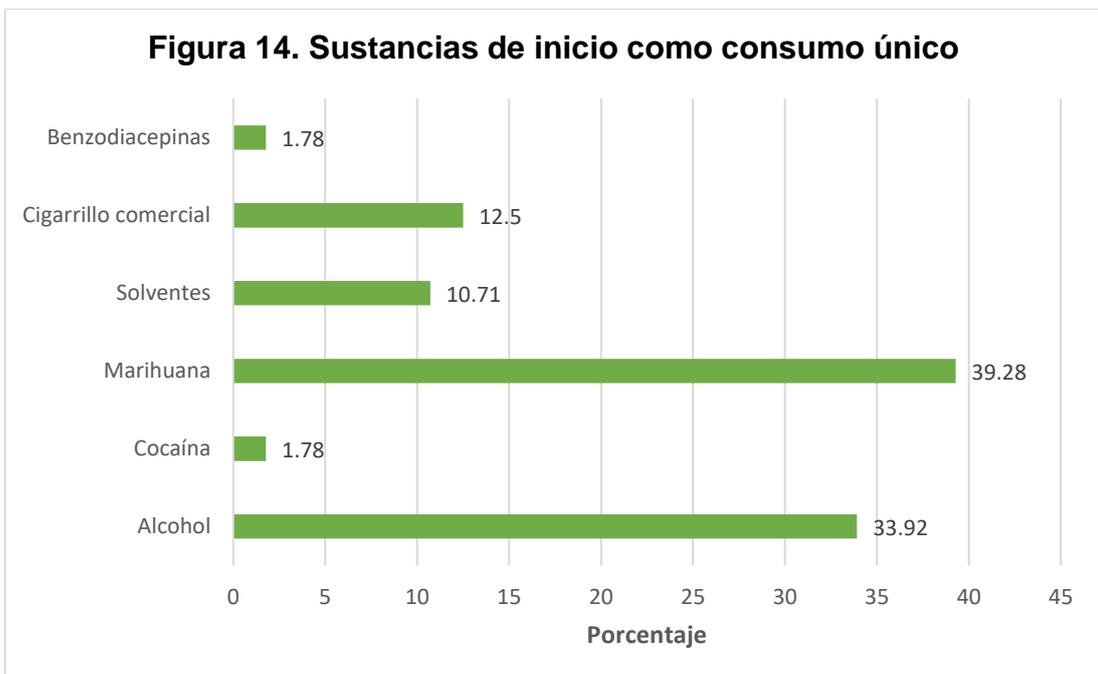
Del 62% de los pacientes que iniciaron consumiendo una única sustancia 39.28% consumió marihuana, 33.92% alcohol, 12.5% cigarrillo comercial, 10.71% solventes, 1.78% cocaína y 1.78% benzodiazepinas (**Figura 14**).

Por otro lado, del 36% de pacientes que iniciaron el consumo con múltiples sustancias, se observó que las combinaciones de sustancias predominantes fueron alcohol y cigarrillo comercial con 27% y, alcohol y marihuana con 21%, seguido en tercer lugar por la combinación de alcohol y solventes con 12.12%.

El resto de las combinaciones de sustancias utilizadas por primera vez se muestran en la **tabla III**.



Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

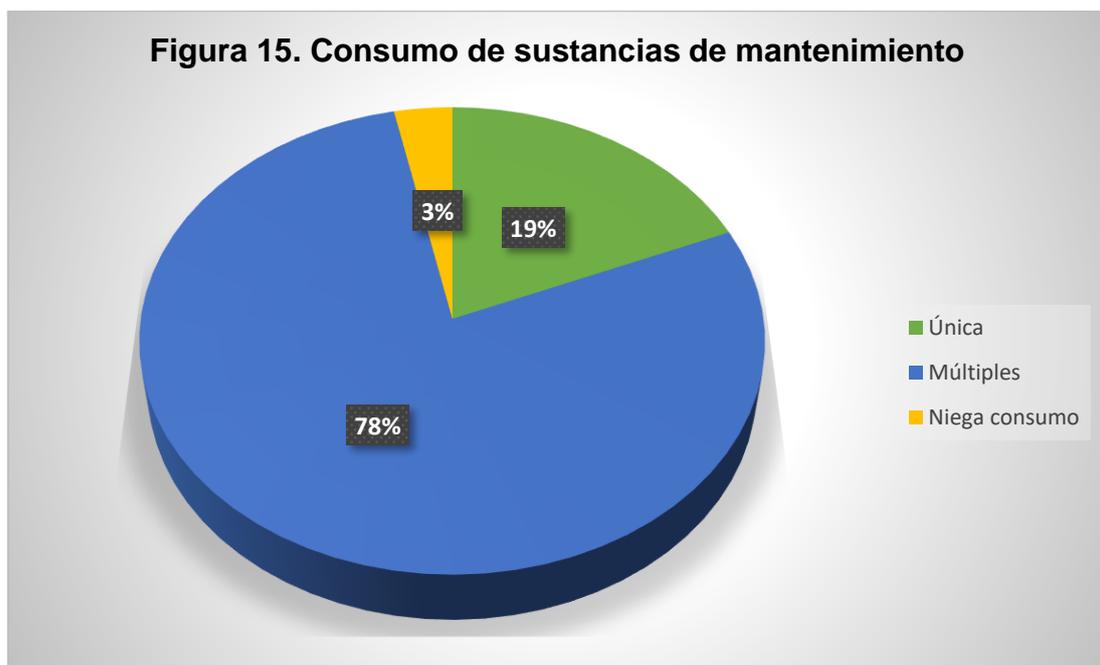


Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Tabla III. Combinaciones de sustancias utilizadas por primera vez

Combinaciones de sustancias	Pacientes	Porcentaje
Alcohol/Marihuana	7	21.21
Alcohol/Marihuana/Cigarrillo comercial	3	9.09
Alcohol/Marihuana/Solventes	1	3.03
Alcohol/Cocaína	1	3.03
Alcohol/Cocaína/Marihuana	2	6.06
Alcohol/Cocaína/Marihuana/Cigarrillo comercial	1	3.03
Alcohol/Cigarrillo comercial	9	27.27
Alcohol/Solventes	4	12.12
Marihuana/Cigarrillo comercial	1	3.03
Cocaína/Benzodiacepinas	1	3.03
Solventes/Marihuana	1	3.03
Solventes/Cigarrillo comercial	1	3.03
TOTAL	33	100

Con relación a las sustancias que los pacientes utilizaron para continuar su consumo, se observó que 78% de ellos se mantuvo consumiendo múltiples sustancias, 19% continuó consumiendo una sola sustancia y 3% refirió que no continuó consumiendo sustancias (**Figura 15**).



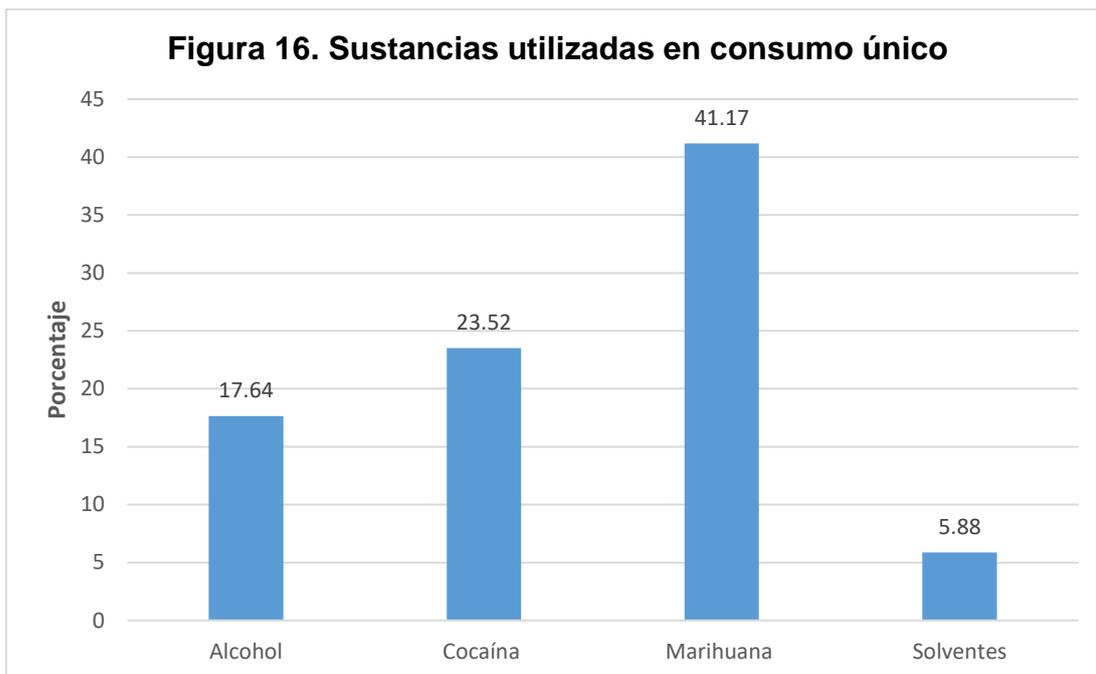
Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Del 78% que consumía múltiples sustancias se encontró que el 29.57% consumía la combinación de alcohol y marihuana, el 18.3% consumía alcohol, cocaína y marihuana, mientras que el 15.49% consumía alcohol y cocaína y, 9.85% consumía cocaína y marihuana; el resto de las combinaciones de sustancias se muestran en la **tabla IV**.

Tabla IV. Combinaciones de sustancias

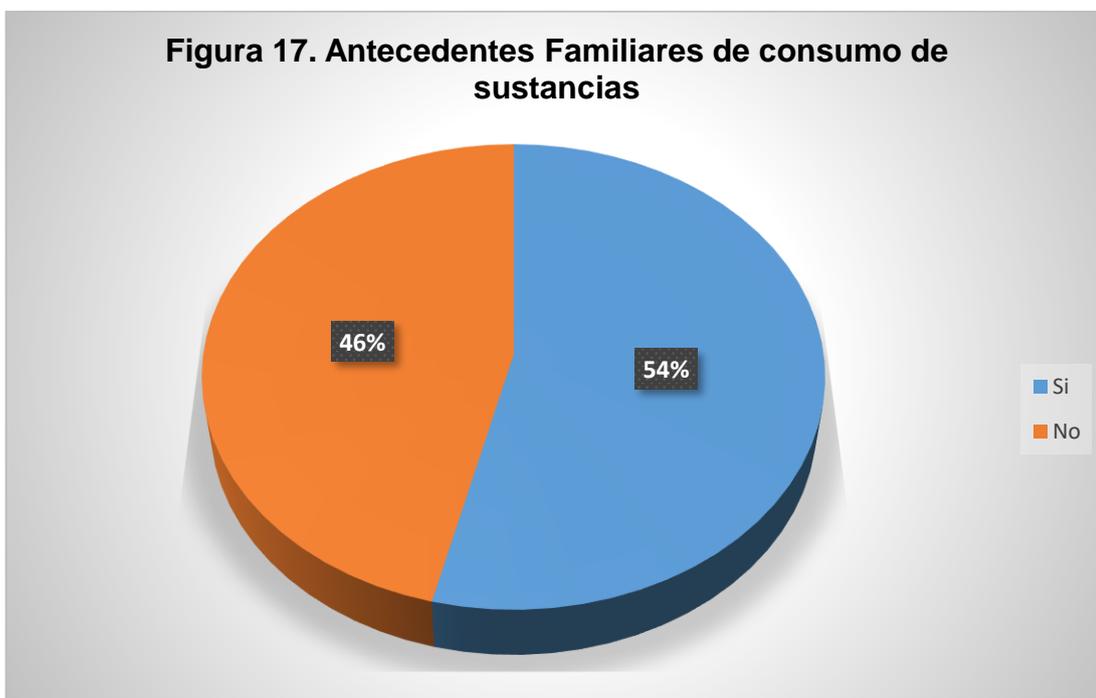
Combinaciones de sustancias	Pacientes	Porcentaje
Alcohol/Benzodiacepinas	1	1.4
Alcohol/Marihuana	21	29.57
Alcohol/Marihuana/Solventes	1	1.4
Alcohol/Cocaína	11	15.49
Alcohol/Cocaína/Marihuana	13	18.3
Alcohol/Cocaína/Anfetaminas/	2	2.81
Alcohol/Cocaína/Anfetaminas/LSD	1	1.4
Alcohol/Cocaína/Marihuana/Solventes	4	5.63
Alcohol/Cocaína/Marihuana/Solventes/ Benzodiacepinas	1	1.4
Alcohol/Cocaína/Solventes	1	1.4
Alcohol/Solventes	3	4.22
Marihuana/Benzodiacepinas	1	1.4
Marihuana/Solventes	2	2.81
Cocaína/Benzodiacepinas	1	1.4
Cocaína/Marihuana	7	9.85
Cocaína/Marihuana/Benzodiacepinas	1	1.4
TOTAL	71	100

Por otra parte, del 19% de los pacientes que continuaron consumiendo una sola sustancia, se observó que las sustancias que se utilizaron como único consumo fueron en primer lugar marihuana con 41.17%, cocaína con 23.52%, seguido de alcohol con 17.64% y por último los solventes con 5.88% (**Figura 16**).



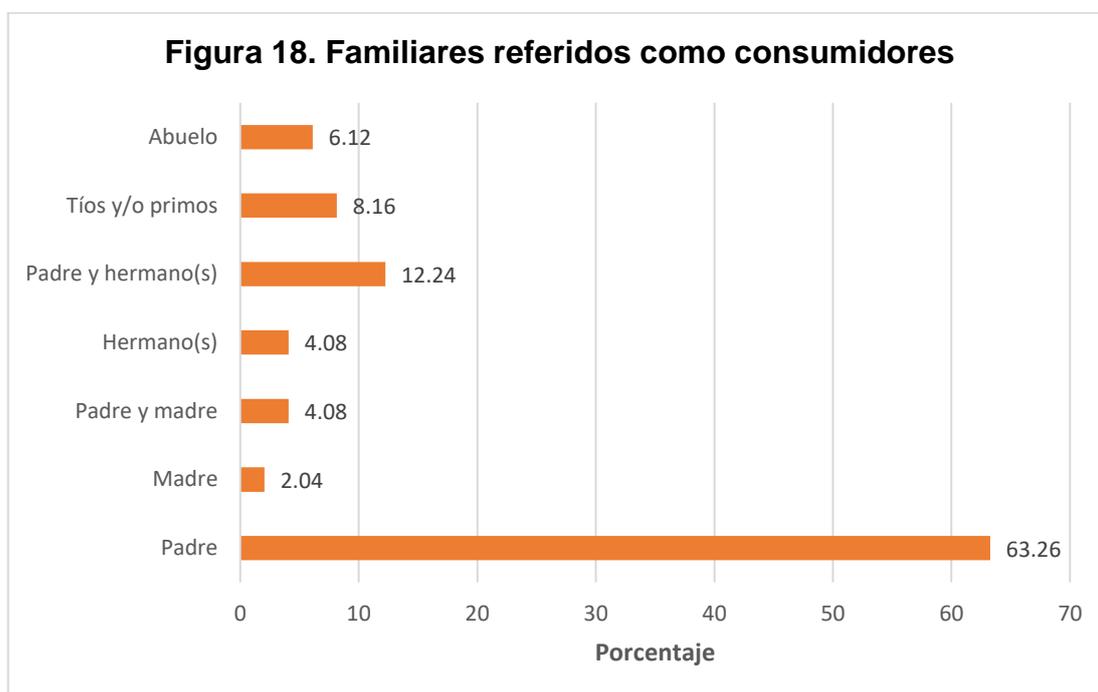
Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Con respecto a los antecedentes familiares de consumo dentro de las familias, se encontró que 54% de los pacientes refirieron que tenían familiares que consumían sustancias (**Figura 17**).



Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Del 54% de pacientes que refirieron tener familiares consumidores de sustancias se observó que el 63.26% refirió a la figura paterna como consumidor (**Figura 18**), el 12.24% dijo que el padre y hermano(s) eran los consumidores, el 8.16% refirió a tíos y/o primos, mientras que el 6.12% refirió al abuelo. En menor proporción se mencionaron como consumidores a ambos padres, a los hermanos y a la figura materna.



Fuente: Expedientes clínicos, Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza, año 2018.

Por otro lado, a la revisión de las notas de los expedientes, se encontró que el 86% de los pacientes no contaban con antecedentes médicos de trastornos mentales y tampoco se encontraron, en sus expedientes, notas de interconsulta a Psiquiatría o referencias de hospitales psiquiátricos. El 6% restante, representado por 5 pacientes, si presentaba algún antecedente de haber sido diagnosticado con algún trastorno mental y la edad de estos se encontraba entre los 20 y 44 años; tres pacientes contaban con más de un

diagnóstico psiquiátrico y dos pacientes contaban con un solo diagnóstico. Dentro de los diagnósticos que se referían en los expedientes tenemos que, dos pacientes contaban con los diagnósticos de Acentuación de rasgos de personalidad, Distimia y Episodio depresivo moderado, un paciente tenía los diagnósticos de Acentuación de rasgos de personalidad y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; un paciente contaba con solo el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y, por último, un paciente tenía solo diagnosticado Episodio depresivo.

Finalmente, con referencia a las enfermedades concomitantes, se encontró que en el 98% de los expedientes no se refirieron otros diagnósticos diferentes, no relacionados con el consumo de sustancias. En el 2% de los expedientes en los que, si se refirieron otros diagnósticos, estos fueron infección por VIH y Obesidad.

DISCUSIÓN

Las drogas en sus diferentes manifestaciones han invadido nuestro entorno. Se trata de un fenómeno con múltiples facetas que incluye las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo y dependencia; afectan a todos los grupos de población y tienen implicaciones importantes para la salud pública de los países. Las drogas impactan en múltiples esferas, afectan el desarrollo económico y social, aumentan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones y con múltiples enfermedades infecciosas y crónicas (cirrosis, cardiovasculares, trastornos mentales). Tienen una manifestación visible en diferentes formas de violencia que puede estar asociada con el crimen organizado, con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o, inducido por la intoxicación con alguna sustancia. ⁽²⁶⁾

Las drogas legales, el alcohol y el tabaco, que son nuestras drogas “sociales”, se siguen manteniendo en el presente para una gran parte de la población. De este modo las consecuencias producidas a la salud por su consumo abusivo, a nivel cualitativo son las más relevantes desde una perspectiva de salud pública, no siempre son asumidas por el conjunto de la población. ⁽²⁷⁾

Los trastornos derivados del consumo de alcohol y otras drogas son causa de múltiples problemas en diferentes ámbitos del Derecho, siendo necesarios para su resolución que Jueces y Tribunales dispongan de un informe pericial que valore el estado del paciente y que les permita conocer la situación real, para acorde con ello dictar una resolución motivada. ⁽²⁸⁾

Abordar el consumo de drogas desde la perspectiva de la salud pública permite analizar el consumo de sustancias y sus variaciones en frecuencia y cantidad como factor de riesgo para sufrir lesiones o centrarse en el estudio de la dependencia como una enfermedad, reconoce variaciones en las sustancias y sus efectos, además de favorecer la creación de políticas acordes; identifica la diferencia entre hombres y mujeres en sus necesidades de atención, y facilita integrar el papel de la cultura y del contexto en que el problema se manifiesta. ⁽²⁶⁾ Por tal razón se estudiaron los perfiles sociodemográficos de los pacientes que recibieron atención en este establecimiento especializado en tratar adicciones.

En primer lugar, se observó una gran diferencia entre el porcentaje de hombres y mujeres, en el que los hombres representaron el 95% de la muestra. Este resultado es similar al encontrado por Gómez y Zarante (2009) en población colombiana, en el cual los hombres constituían el 75.9% de los sujetos estudiados.

En cuanto a la autoridad que solicitó la integración de pacientes a tratamiento se encontró que 49.14% de las solicitudes se remitieron por parte de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario a través de la Dirección Ejecutiva de Control y Seguimiento de Sentenciados en Libertad (DECSSL). Entre las funciones de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario de la Ciudad de México se encuentra el organizar y administrar los centros de reclusión de la capital, Promover y coordinar acciones con las instituciones para que apoyen tareas de prevención de conductas delictivas, apoyar a las personas privadas de la libertad para que realicen actividades de autoempleo mediante la

producción de artículos artesanales, para así apoyar su economía y la de sus familias, fomenta el cumplimiento de los derechos humanos de las personas procesadas y sentenciadas, así como vigilar que las personas privadas de la libertad estén en condiciones psicológicas, materiales y de seguridad que les permitan contar con los elementos mínimos para su defensa. ⁽²⁹⁾

Seguidamente, el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México (TSJCDMX), a través de la Unidad de Supervisión de Medidas Cautelares y Suspensión Condicional del Proceso, remitió el 19.11% de las solicitudes. Cabe señalar que la suspensión condicional del proceso es una salida alterna, que propone el mismo sistema, a fin de que la persona inculpada pueda terminar su proceso penal, cumpliendo con un plan de reparación del daño y una serie de condiciones. Una vez concluido esto, concluirá la causa penal. El objetivo de este consiste en dar por terminado el proceso ordinario penal sin tener que llegar a un juicio oral y por ende sin que medie una sentencia, brindando al imputado la oportunidad de que se extinga la acción penal si cumple con esta medida. ⁽³⁰⁾

En tercer lugar, la Dirección General del Instituto de Readaptación Social (DGIRS) envió el 9.1% de las peticiones. El Instituto de Reinserción Social es un órgano dependiente del Gobierno de la Ciudad de México y se encarga de brindar apoyo a la población recién egresada de los centros penitenciarios y a sus familiares, a través de apoyos sociales, médicos y jurídicos. Dentro del Reglamento de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para la Ciudad de México, en su artículo 84, se mencionan las competencias de este Instituto, dentro de las que se encuentra realizar

acciones de coordinación con el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones para atender a liberados con problemas de farmacodependencia y alcoholismo. ⁽³¹⁾

Por último, se obtuvo que el Centro de Investigación Victimológica y de Apoyo Operativo (CIVA) y la Unidad de Atención y Prevención a la Violencia Familiar (UAPVIF) en Venustiano Carranza igualmente solicitaron tratamiento médico. Ambos casos son centros de apoyo a víctimas de amenazas y personas generadoras de violencia intrafamiliar. ⁽³²⁾

Con relación a los datos obtenidos acerca de la edad de los pacientes al momento de recibir la primera atención médica, se encontró que los grupos de edad predominantes que se encontraban bajo tratamiento fueron los de 21 a 25 años con el 26.37% y de 26 a 30 años con el 16.48%, lo que representa el 42.85% de la población estudiada. Resultados similares se obtuvieron en el Estudio sobre Consumo de Drogas de Drogas en Estudiantes Universitarios de Uruguay, donde la población de 22 a 25 años y de 26 a 29 años representó el 50.58% de la población en estudio.

Respecto al grado de estudios alcanzado, se obtuvo que 53.84% contaba con la secundaria completa y el 20,87% alcanzó la educación media superior, por otra parte 19.78% contaban con educación primaria completa, mientras que 4.39% refirió saber y leer y 1% curso educación de nivel superior. Estos resultados obtenidos fueron similares a los encontrados por Gómez y Zarante (2009), en donde encontraron que 44.8% de su población contaba con educación secundaria. De igual manera, estos resultados son similares a los

resultados obtenidos por el Instituto Costarricense sobre Drogas en población penitenciaria, donde encontraron que la mayor parte de su población había cursado la primaria y secundaria, ya fuera de forma completa o incompleta. Sin embargo, en el estudio antes mencionado se puede observar que 30% completaron la educación primaria y 31.8% no concluyó la secundaria, pudiendo notar con estos resultados que la etapa escolar de la secundaria y la transición hacia la educación media superior es un punto importante en donde varios factores pueden determinar si los jóvenes deciden abandonar la vida escolar o continuar con sus estudios.

Con relación a lo anterior, el hecho de que los jóvenes dejen de asistir a la escuela cuando están cursando el nivel de secundaria a bachillerato, interrumpe su desarrollo y preparación académica, trayendo consecuencias inadecuadas en sus vidas. Cada vez más adolescentes optan por dejar sus estudios, las estadísticas son variadas y los motivos variados. La deserción de los estudios afecta mayoritariamente a sectores pobres y a la población rural. ⁽³³⁾

Entre los factores que favorecen la deserción se encuentran el bajo rendimiento escolar, los problemas con la oferta educativa o la falta de establecimientos, la falta de interés de los adolescentes y sus familias, problemas familiares, problemas relacionados al entorno social, falta de recursos, entre otros, como la discapacidad, enfermedades o accidentes. ⁽³⁴⁾

En cuanto al estado civil se encontró que la mayoría eran solteros (54.24%), en tanto que la población restante refirió tener una pareja libre (26.37%) o

estar casados (14.28%) y en menor número los que refirieron estar divorciados o separados. Gómez (2017) encontró similares datos en su estudio, en el que 66.7% de su muestra comprendía a sujetos que eran solteros; de igual manera el resto de la población que estudió comprendió a los casados en conjunto con los que se encontraban en unión libre (17.9%) y finalmente, los divorciados, viudos o separados representaron la minoría (15.5%).⁽³⁾

Con relación al lugar de residencia, se encontró que la mayoría vivía en la Ciudad de México (89%). Las alcaldías de donde el mayor porcentaje de los pacientes provenían fueron Iztapalapa con 24.69%, Gustavo A. Madero con 22.22%, Venustiano Carranza con 14.81% e Iztacalco con 13.58%. A este respecto, cabe señalar que para enero de 2017 la Secretaría de Seguridad Pública tenía conocimiento de 20 mil puntos de venta de todo tipo de droga al menudeo en la Capital. La venta se realizaba en sitios como canchas de futbol, espacios recreativos, vecindades, tiendas de abarrotes e incluso por medio de WhatsApp.

La alcaldía que lideraba esta lista es Gustavo A. Madero, con 1800 puntos de venta y con mayor número de colonias involucradas; le sigue Cuauhtémoc igualmente con 1800 puntos de venta, pero con menor número de colonias. En tercer lugar, encontramos a Venustiano Carranza con 1600, en cuarto lugar, Iztapalapa con 1600 y en quinto Benito Juárez con 1500.⁽³⁵⁾

Estos datos concuerdan con los que se obtuvieron de la revisión de expedientes, debido a que se encontró que la mayor parte de los pacientes

refirieron vivir en alguna de las cinco Alcaldías con mayores puntos de venta registrados por la Secretaría de Seguridad Pública, además de la alcaldía de Iztacalco, dejando a la vista el hecho de que el entorno en donde se desarrolla y vive un individuo influye no solo para favorecer el consumo de drogas, sino que también hace más difícil el apego al tratamiento.

El resultado anterior también puede estar influenciado por el hecho de que las alcaldías de Gustavo A. Madero, Iztapalapa e Iztacalco son cercanas a la alcaldía de Venustiano Carranza, en donde se encuentra la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas, y por ende a los pacientes les es más fácil trasladarse a esta unidad médica; por el contrario, la población que vive en el sur de la Ciudad cuenta con la Unidad Toxicológica ubicada en Xochimilco, pudiendo ser la distancia el motivo de la cantidad tan escasa de pacientes que provenían de alcaldías como Tlalpan, Milpa Alta o Tláhuac.

Además, se encontraron pacientes provenientes de cuatro Municipios del Estado de México (Ecatepec, Chimalhuacán, Ciudad Nezahualcóyotl y Tlalnepantla), todos ellos pertenecen a los municipios con mayor población del Estado de México y dentro de los cuales varios carteles de la droga realizan sus actividades delictivas, motivo por lo cual el acceso a estas se ve facilitado. ⁽³⁶⁾

Con relación a la religión, se dividió el resultado en dos grupos principales, quienes refirieron profesar la religión católica (68.13%) y los que no tenían creencia alguna (16.3%). Mientras que la creencia cristiana y los testigos de Jehová figuraron en menor medida. Según el INEGI para el año 2010 habían

92 924 489 de mexicanos que tenían la religión católica; en ese mismo sentido 5 262 546 habitantes referían no tener religión. ⁽³⁷⁾

En cuanto a la ocupación, el 28.57% eran empleados, 21.97% eran desempleados y 3.29% eran estudiantes. Es de notar que 46.15% tenían ocupaciones variadas, siendo el comercio (61.9%) y ser taxista o chofer (11.9%) las actividades más frecuentes. Al comparar estos resultados con los del trabajo realizado por el Instituto Costarricense sobre Drogas, podemos observar que, de manera similar, 82.4% de su población de estudio refirió encontrarse trabajando; 0.7% refirió ser estudiante y 1.8% no trabajaba ni buscaba un trabajo. De igual manera este Instituto encontró que la mayor parte se encontraba desempeñando diversas ocupaciones, encontrando que las actividades más frecuentes eran las relacionadas con la mecánica y otros oficios (36.5%) y los trabajos de servicios y vendedores de comercios y mercados (21.7%).

Con relación a las familias de los pacientes, se encontró que principalmente (27.47%) provenía de una casa en donde convivían diferentes miembros de la familia, en los que no solo incluía a la familia nuclear compuesta por padres e hijos, sino que convivían, además, en una misma casa miembros como pareja, hijos, hermanos, tíos, primos o abuelos. Seguidamente observamos que las familias, con mayor frecuencia se componen por la pareja del paciente y su(s) hijo(s) (17.58%), uno de los dos padres y hermanos (16.48%) o con ambos padres y hermanos (15.38%). En el estudio de Vargas Navarro et. Al., por el contrario, encontraron que 70% de sus pacientes provenían de una

familia monoparental, 10% de una familia nuclear y el 20% de una familia reconstruida. ⁽³⁸⁾

Con respecto a esto cabe decir que la familia constituye un componente clave en el desarrollo de las personas pues es uno de los primeros elementos de socialización. Juega un papel muy importante en la prevención e intervención en el consumo de drogas, tanto a la hora de inducir el riesgo como a la de promover la protección y la resiliencia. ⁽³⁹⁾

Desde la teoría de los sistemas, el consumo de alcohol y drogas u otro tipo de problemas se explican como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar y, a su vez, el propio sistema afecta de igual forma al consumo. El consumo de alcohol y drogas se deriva, o bien por las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía o independencia con respecto a los padres o bien por una forma que tiene la familia de alcanzar una mayor cohesión. ⁽⁴⁰⁾ Aunque se debe considerar que la familia desempeña un rol fundamental para prevenir el estilo de vida que el hijo ha generado en torno a la búsqueda y administración de drogas, fomentando nuevas iniciativas, aprendiendo habilidades prácticas de manejo familiar y desarrollando nuevos lazos emocionales que posibiliten al drogodependiente alcanzar la abstinencia, modificar el estilo de vida e integrarse socialmente.

Otro aspecto que puede influir en la dinámica familiar es al aspecto económico, y a este respecto, se encontró que 39.56% de los pacientes refirieron tener un ingreso mensual familiar entre \$6,000 y \$10,000 mensuales, seguido por el grupo de entre \$1,000 y \$5,000 mensuales.

De acuerdo con los indicadores de bienestar y de niveles de vida publicados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en materia de ingreso ajustado por hogar en el año 2016, México tuvo un ingreso promedio de 12,806 dólares anuales, contra 29,016 dólares en promedio en el OCDE, ocupando los últimos lugares. ⁽⁴¹⁾ Por otro lado el promedio nacional de salarios entre trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social ronda los \$10,562 mensuales, al integrar al resto de la población ocupada, la mayoría en la informalidad, ese sueldo baja drásticamente. De acuerdo con el perfil económico del país publicado en 2018, el salario promedio, entre toda la clase trabajadora, es de \$6,117 mensuales. ⁽⁴²⁾

Con relación al consumo, se encontró que la edad en la que la mayoría de los pacientes (48%) consumió por primera vez una sustancia, fue entre los 11 y 15 años, y en segundo lugar con 26% se encontró el rango de edad de entre 16 y 20 años, siendo la media de edad de inicio de 15.5 años. Se observó también que 62% inició consumiendo una sustancia; de estos, 39.28% consumió marihuana, 33.92% alcohol y 12.5% cigarrillo comercial. De los pacientes que iniciaron consumiendo múltiples sustancias, las combinaciones más frecuentes fueron alcohol y cigarrillo comercial (27%) y, alcohol y marihuana con 21%.

En este mismo sentido, en el estudio sobre La edad de consumo de drogas en jóvenes y adultos en la comunidad de Castilla-La Mancha, se obtuvo que las drogas legales como el alcohol se consumen a una edad media de 15.52 años y el tabaco de 16.82 años; en cambio, los inhalables y la marihuana se

consumen en torno a los 17 años. Las drogas cuyo consumo de se inicia más tardíamente son la cocaína (18 años), heroína y anfetaminas (20 años) e hipnóticos-sedantes (24 años).

Por otro lado, Gómez (2017) en su estudio, encontró que las principales drogas de inicio son las consideradas legales, alcohol y tabaco, seguidas de la marihuana. El 40.8% de los pacientes comenzaron su historia de consumo con alcohol y un 32.1% con tabaco. Además, se iniciaron con marihuana un 13.6% del total de los casos, cocaína en el 6.7% y los inhalables en el 2.9%. Observó que el promedio de edad de inicio del consumo de sustancias es a los 14.7 años.

Con los datos antes mencionados tenemos información aproximada de cuáles son las edades más vulnerables en el inicio del consumo. Los adolescentes y jóvenes entre 13 y 25 años tienen mayor vulnerabilidad y riesgo de consumir sustancias de abuso. Si bien es cierto que tienen mayor riesgo de consumir sustancias de abuso de tipo legal e ilegal que los adultos, también es cierto que sólo un porcentaje las consumen de manera experimental y un menor porcentaje de los consumidores (30%) manifiesta patrones de consumo nocivo y dependencia.

Los factores familiares de riesgo incluyen el consumo por parte de uno o ambos padres, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y el manejo emocional deficiente. La sociedad también ejerce influencia al vivir en una comunidad con inequidad socioeconómica y con normas que favorecen el consumo de sustancias. Múltiples estudios han reportado que los

adolescentes con familia separada, ya sea por abandono, muerte o divorcio, tienen mayor riesgo de consumo de sustancias. ⁽⁴³⁾

Con relación a las sustancias que los pacientes utilizaron para continuar su consumo, se observó que 78% de ellos se mantuvo consumiendo múltiples sustancias; de este porcentaje se encontró que el 29.57% consumía la combinación de alcohol y marihuana y el 18.3% consumía alcohol, cocaína y marihuana. Del 19% de los pacientes que continuaron consumiendo una sola sustancia, la marihuana fue la principal sustancia consumida (41.17%), seguida de la cocaína con 23.52% y el alcohol con 17.64%.

Referente a lo anterior Hernández-Serrano (2015) encontró que el tabaco era la sustancia más consumida diariamente seguida de la marihuana y esta a su vez, era la sustancia ilegal más consumida entre los participantes de su estudio. El 46% informaron ser consumidores de dos o más sustancias. Entre estos policonsumidores un 29.4% consumían alcohol y tabaco, un 50.7% eran consumidores de marihuana junto con alcohol y/o tabaco, un 16.7% consumían marihuana junto con alcohol y/o tabaco y al menos otra droga ilegal y un 3.2% correspondían a otros patrones de consumo.

Por su lado, Gómez (2017) observó que la cantidad de sustancias que más se involucran en el consumo simultáneo son dos y tres sustancias, con el 51.5% y el 31.8%, respectivamente. Las sustancias mayormente involucradas son el alcohol (74.4%), cocaína (61.1%), marihuana (54.1%) y tabaco (29%).

Cabe mencionar que el policonsumo de sustancias puede tener distintas motivaciones y estar asociado a diferentes conductas. Se pueden mezclar

para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva. También es posible que se consuma una segunda sustancia para compensar los efectos negativos de una primera droga. El policonsumo constituye un reflejo de la disponibilidad de drogas y de pautas de consumo en entornos o contextos específicos. ⁽⁴⁴⁾

Retomando el tema de dinámica familiar, hemos visto que la relación entre la familia y el consumo de sustancias ha sido tema de estudio desde hace tiempo. Se encontró que 54% de los pacientes refirieron que tenían familiares que consumían sustancias; el 63.26% refirió a la figura paterna como consumidor, mientras que el 12.24% dijo que el padre y hermano(s) como consumidores. En menor proporción se mencionaron otros familiares como tíos, primos o abuelos.

Medina y Carvalho (2010) en su estudio sobre familias, encontró que en 50% de las familias se consumía cigarrillo comercial y en 26% se hace diariamente. En 83% de las familias se bebía, en 14% de ellas semanalmente y en 17% no existía consumo de alcohol. Con relación a drogas ilícitas, en el 92% de estas no se consumían.

Se señala como factores de riesgo para consumo de sustancias la aprobación del uso del alcohol o de la droga, el abuso del tabaco, alcohol o de otras drogas por parte de los padres, y la historia de alcoholismo en la familia. Una actitud permisiva o el mismo consumo de sustancias por parte de los padres pueden promover un aprendizaje por imitación de modelo y facilitar la incorporación del menor a grupos de consumidores. ⁽⁴⁵⁾

Por otro lado, el 86% de los pacientes no contaban con antecedentes médicos de trastornos mentales. El 6%, si presentaba algún antecedente de haber sido diagnosticado con algún trastorno mental y la edad de estos se encontraba entre los 20 y 44 años. Dentro de los diagnósticos que se refirieron en las notas médicas figura Acentuación de rasgos de personalidad, Distimia, Episodio depresivo y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Los resultados anteriores son similares a los encontrados por Marin-Navarrete et. Al. (2013) encontró una prevalencia de 69.27% de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, dentro del grupo de edad de 18 a 29 años y de 43.71% para el grupo de 30 a 65 años, siendo estos lo más frecuentes. Dentro de este grupo se encuentra en trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial. En segundo lugar, se encuentran los Trastornos de ansiedad con 32.96% y 27.54%, respectivamente. En tercer lugar, encontraron los Trastornos afectivos, dentro de los que se encuentran el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

El consumo de sustancias afecta de forma importante la salud mental de las personas, por lo que resulta interesante ver como la mayor parte de los pacientes no presentó ningún trastorno psiquiátrico.

Finalmente, con referencia a las enfermedades concomitantes, se encontró que 98% de los pacientes no contaban con otros diagnósticos diferentes a los referentes al consumo de sustancias. Los únicos diagnósticos anotados como concomitantes fueron infección por VIH y Obesidad.

Con relación a lo anterior, Correa y Pérez (2013) encontraron que los dentro de los desórdenes neurológicos que se padecen los consumidores se encuentran la pérdida de memoria (35%), la pérdida o aumento de la sensibilidad (24%) y en menor grado los problemas motores (15%). Dentro de las enfermedades pulmonares, encontraron que la tos persistente es el problema más común en usuarios de drogas fumadas. También se presentaron más frecuentemente problemas como diabetes, anemia, arritmias y problemas de presión arterial. ⁽⁴⁶⁾

CONCLUSIONES

Por tratarse de pacientes que se encuentran en situación médico legal podría pensarse que todos los pacientes son enviados por autoridades judiciales, sin embargo, aunque es cierto que la mayor parte fueron enviados para integrarse a tratamiento a través de la orden de Jueces o de un Tribunal, existen otras instituciones, estrechamente relacionadas con brindar apoyo a víctimas de violencia y están comprometidas con la reinserción social de las personas que consumen sustancias, que igualmente cuentan con la facultad de canalizarlas a estos establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones. Por lo tanto, los pacientes que reciben tratamiento son personas, adultos o adolescentes, hombres o mujeres, que tuvieron algún conflicto con la ley, que se encuentran en situación de calle o aquellos que sufren violencia intrafamiliar.

El lugar de residencia de los pacientes se relaciona con alcaldías que presentan elevados puntos de venta de sustancias en la Ciudad de México, de igual manera ocurre en el Estado de México, en donde la presencia de diversas actividades de carteles del narcotráfico hace que aumente la disponibilidad de sustancias.

La media de edad en la que se encontraban los pacientes al momento de ingresar a tratamiento fue de 30 .9 años. El grado de escolaridad alcanzada por la mayoría fue la secundaria. Aproximadamente el 75% se encontraba empleado, pero más del 40% trabajaba en el sector informal como comerciante o como chofer.

La población que tiene conflictos con la ley o se encuentra en situación vulnerable por el consumo de drogas, se encuentra dentro de la población activa del país, que trabaja o busca un empleo. Sin embargo, aunque la mayoría se encuentra trabajando, una gran parte lo hace en el sector informal, lo que reduce los ingresos económicos de las familias.

El nivel de escolaridad alcanzado denota la problemática que existe en el país con respecto a la deserción escolar y podemos denotar que la transición entre la educación básica y la media superior es una etapa en la cual se puede influir para alentar a los adolescentes a no abandonar sus estudios. Aunado a esto, esta época de deserción escolar coincide con la media de edad de inicio de consumo de sustancia que fue de 15.5 años. Situaciones como el bajo rendimiento escolar, los problemas familiares o la falta de recursos, sumado al consumo de sustancias son factores que favorecen el abandono de la escuela.

Más de la mitad de los pacientes refirieron tener familiares consumidores, y en la mayor parte de los casos fue el padre quien fue el consumidor de alguna sustancia. Es así como la actitud permisiva o el mismo consumo de sustancias por parte de los padres puede promover el aprendizaje por imitación y así facilitar que los menores se incorporen al grupo de consumidores.

La familia debe convertirse el soporte para la atención del consumo de drogas, integrándose los miembros desde el inicio del tratamiento y participando activamente. Cuando la familia conoce el proceso de farmacodependencia y

se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso tiene mejor pronóstico.

Los pacientes en su mayoría iniciaron su consumo con una sustancia y aunque las drogas legales, alcohol y cigarrillo comercial, aún se encuentran entre las principales sustancias de inicio, la marihuana ha ganado aceptación entre los usuarios debido a su alta disponibilidad, la baja percepción del riesgo de consumirla y la tolerancia de la sociedad. La combinación más frecuente entre los pacientes que iniciaron con policonsumo fue la de alcohol y cigarrillo comercial.

La mayor parte de los pacientes continuaron su patrón de consumo usando múltiples sustancias, la combinación más frecuente fue alcohol y marihuana, haciendo evidente que la aceptación social y la alta disponibilidad y oportunidad de consumo las convierten en las sustancias más consumidas.

Este estudio tiene sus limitaciones ya que se trata del análisis de un solo centro toxicológico y se excluyeron varios expedientes debido a que no se encontró la información completa que se estaba buscando. Sin embargo, se encontró información acerca de una población en específico, con características particulares. Se debe seguir la línea de investigación acerca de esta población, ya que el conocimiento de sus cambios a través del tiempo ayudará a identificar a las personas que usan sustancias, cuáles son los contextos en los que se desarrollan y si estos los hacen más o menos vulnerables. Así se favorecerá la creación de políticas y programas acordes con sus necesidades de salud específicas.

RECOMENDACIONES

1. Las edades de inicio de consumo de sustancias en estos pacientes son menores a las de la población general, lo que evidencia la necesidad de seguir implementando políticas y programas de acción contra el consumo de sustancias, así como de promoción de la salud para favorecer estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad.
2. El consumo de sustancias es un proceso complejo que requiere contar con un sistema estratégico de establecimientos especializados en adicciones que dispongan de infraestructura y de personal especializado para poder brindar una atención eficaz, eficiente y efectiva.
3. Realizar actividades de capacitación y profesionalización para favorecer la formación de recursos humanos especializados para la atención integral de esta población.
4. Se debe promover el desarrollo y cumplimiento de la normatividad en materia de adicciones y de igual manera se deben integrar adecuadamente los expedientes clínicos.
5. La información que sea recabada en las notas de la atención brindada a los pacientes debería ser clara y detallada, de modo que la información médica, psicológica, y de cualquier otro miembro del equipo de salud sea fidedigna para que trabajos posteriores puedan hacer uso de ella y, de esta manera, contribuir al desarrollo de otros proyectos de investigación que complementen la información del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Prevención y Atención Integral de las Adicciones [en línea]. Enero 2015. [ref. 11 de marzo del 2019]. Disponible en Web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
2. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 [en línea]. [ref. 11 de marzo del 2019]. Disponible en Web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
3. Gómez Raúl Ángel. *Estudio de los consumidores de drogas: perfiles sociodemográficos, patrones de consumo, aspectos cognitivos y creencias*. Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba, 2017.
4. Baconi Daniela, Ciobanu Anne-Marie, Vlasceanu Ana Maria, Cobani Oana Denisa, Negrei Carolina. Current concept on drug abuse and dependence. ***Journal of Mind and Medical Sciences***. 2015; 2(1).
5. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. 5ª edición. Arlington. Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. 483-490.
6. Tapia P Diana, Villalobos M Rafael, Valera M Myrna, et. Al. Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico [en línea]. Universidad Nacional Autónoma de México. 2016. (ref. 13 de marzo del 2019). Disponible en Web: http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/463/Adicciones_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
7. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [en línea]. 2ª edición. [Madrid, España]: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994, [ref. de 13 de marzo de 2019]. Disponible en Web: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
8. Instituto Mexicano de la Juventud. ¡Conoce las diferencias entre uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas! [En línea]. Marzo 2018 [ref. de 14 de marzo de 2019]. Disponible en Web: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas?idiom=es>.
9. Muhammad Zaman, Sobia Razzaq, Rabia Hassan, Junaid Qureshi, Muhammad Hnaif, Fazal Rahman Chughtai. Drug abuse among the students. ***Pakistan Journal of Pharmaceutical Research***. 2015; 1(1). 41-47.

10. Lorenzo F Pedro, et. Al. *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 3ª edición. España. Médica Panamericana, 2009. 1-8.
11. Valdés L Adiel, Vento L Carlos, Hernández M Dayan, Álvarez G Ernesto, Díaz P Gicela. Drogas, un problema de salud mundial. **Revista Universidad Médica Piñareña**. 2018; 14(3). 168-183.
12. Tesis. Capítulo II. Clasificación de las distintas drogas [en línea]. [ref. 16 de marzo del 2019]. Disponible en Web:
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/19611/Capitulo2.pdf>
13. Comisión Nacional contra las Adicciones. Guía para el promotor de “Nueva Vida”. Capítulo III. El consumo de drogas en México y sus consecuencias sociales [en línea]. [ref. 16 de marzo del 2019]. Disponible en Web:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenccion.pdf
14. Código Penal Federal. Texto vigente. Última reforma publicadas en DOF 14-04-2019. [ref. 16 de marzo del 2019]. Disponible en Web:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo83048.pdf>
15. Santacruz F Roberto, Santacruz M David. Drogas: análisis jurídico del delito [en línea]. Puebla. 2015 [ref. de 18 de marzo de 2019]. Disponible en Web: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4299/3.pdf>.
16. Ojeda B Ricardo. Análisis jurídico en materia de narcomenudeo [en línea]. Revista del Instituto de la Judicatura Federal, 2010. [ref. 20 de marzo de 2019]. Disponible en Web:
<https://revistascolaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/judicatura/article/.../28949>
17. Ley General de Salud [en línea]. Texto vigente, Última reforma publicada en DOF 12-07-18. [ref. 20 de marzo de 2019]. Disponible en Web:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf.
18. Bravo G José María. *La delincuencia inducida, funcional y relacional por el consumo de sustancias tóxicas*. Valladolid. 2016. Universidad de Valladolid. 7-13.
19. Gómez G Estefania. *Drogas y su relación con la delincuencia*. Alicante. 2015. Universidad de Alicante. 1-7.
20. Kumar S Sujit, Martinez F Erwin. An exploratory framework of drug related crime in forensic sciences and criminology. **Malays. Appl. Biol.** 2016; 45(2). 93-97.
21. Burgos M José Manuel. *Análisis medicolegal en sujetos drogodependientes de la suspensión de la ejecución de las penas por*

sometimiento a tratamiento. Málaga. Publicaciones y Divulgación Científica, 2015. 3-7.

22. Código Nacional de Procedimientos Penales. Textos Legales. Ciudad de México, 2016.

23. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 [en línea]. [ref. 24 de marzo del 2019]. Disponible en Web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

24. Rodríguez K Solveig Eréndira, Nute M Luis Daniel. Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 2013; 16(1). 189-213.

25. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system [en línea]. 2018. [ref. de 24 de marzo de 2019]. Disponible en Web: http://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_Conviction_or_Punishment_2018.pdf.

26. Medina M María Elena, Real Tania, Villatoro Jorge, Natera Guillermina. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? **Salud Pública de México**. 2013; 55(1). 67-73.

27. Becoña I Elisardo. Los adolescentes y el consumo de drogas. **Papeles del Psicólogo**. 2000; 77. 25-32.

28. Serrat M Dolores. Problemas médico-legales del consumo de drogas. **Adicciones**. 2003; 15(1). 77-89.

29. Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México. Información Subsecretaría de Sistema Penitenciario [en línea]. [ref. 28 de marzo del 2019]. Disponible en Web: <https://www.secgob.cdmx.gob.mx/subsecretariassegob/subsecretaria-de-sistema-penitenciario>

30. Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México. Información Suspensión condicional del proceso [en línea]. [ref. 28 de marzo del 2019]. Disponible en Web: http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/medidas_cautelares/suspension-condicional-del-proceso/

31. Reglamento de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal [en línea]. Publicado en la Gaceta del Distrito Federal el 06 de agosto de 2012. [ref. 30 de marzo de 2019]. Disponible en línea:

<https://www.reinsercionsocial.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/597/b61/0a4/597b610a4c5a0902042466.pdf>

32. Procuraduría de Justicia de la Ciudad de México. Información CIVA: Centro de Investigación Victimológica y Apoyo Operativo [en línea]. [ref. 01 de abril del 2019]. Disponible en Web: <https://www.pgj.cdmx.gob.mx/civa>

33. Arrendo S Lirio del Carmen. *Factores que causan la deserción escolar en la educación media superior*. Universidad Pedagógica Nacional, 2014.

34. Martínez M Javier. La problemática de la deserción escolar, un análisis desde lo local. Universidad Autónoma de Chihuahua.

35. Fuentes D. (11 de septiembre de 2017). Hay 20 mil “tienditas” del narco en CDMX. El Universal [en línea]. [ref. 03 de abril del 2019]. Disponible en Web: <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/hay-20-mil-tienditas-del-narco-en-cdmx>

36. Cinco cárteles operan en municipios del Estado de México, revela informe. Expansión [en línea]. [ref. 03 de abril del 2019]. Disponible en Web: <https://expansion.mx/nacional/2011/06/27/cinco-carteles-operan-en-municipios-del-estado-de-mexico-revela-informe>

37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama de las religiones en México 2010. [en línea]. [ref. 06 de abril de 2019]. Disponible en Web: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf

38. Vargas N Pedro, Parra V Mario Danilo, Arévalo Z Caterín, Cifuentes G Luisa Karen, Valero C Jaime, Sierra J Margarita. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía, Cundinamarca. **Rev. Colomb. Psiquiat.** 2015; 44(3). 166-176.

39. Becoña Elisardo, Martínez Úrsula, Calafat Amador, Juan Montse, Duch Mariangels, Fernández H José Ramón. ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de los hijos? Una revisión. **Adicciones.** 2012; 24(3). 253-268.

40. López T Francisca, León A Raquel, Godoy G Juan F, Muela M José Antonio, Araque S Francisco. Factores familiares que inciden en las drogodependencias. **Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM.** 2003; 12(1). 203-230.

41. Tourliere M (31 de mayo de 2016). El ingreso familiar de los mexicanos, muy por debajo del promedio: OCDE. Proceso [en línea]. [ref. 04 de abril de

2019]. Disponible en Web: <https://www.proceso.com.mx/442338/el-ingreso-familiar-de-los-mexicanos-muy-por-debajo-del-promedio-ocde>

42. 6 mil 117 pesos al mes, el salario promedio en México. Vanguardia [en línea]. [ref. 07 de abril del 2019]. Disponible en Web: <https://vanguardia.com.mx/articulo/6-mil-117-pesos-al-mes-el-salario-promedio-en-mexico>

43. Tena S Antonio, Castro M Guadalupe, Marín N Rodrigo, Gómez R Pedro, De la Fuente M Ana, Gómez M Rodrigo. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. **Med. Int. Mex.** 2018; 34(2). 264-277.

44. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual de 2009 sobre el problema de la drogodependencia en Europa [en línea]. [ref. 10 de abril del 2019]. Disponible en Web: www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_93227_ES_Summary_Polydrug%20SI_ES.pdf

45. Medina A Núbia, Carvalho F María. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2010; 18(Spec). 504-512.

46. Correa M Adriana Marcela, Pérez G Augusto. Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. **LIBERABIT.** 2013; 19(2). 153.162.

47. Gómez Maritza, Zarante María Cristina. Perfil epidemiológico de pacientes que consultaron por intoxicación con psicoactivos a una clínica de Medellín. Universidad CES, Medellín, Julio, 2009.

48. Hernández S Olga, Font M Sílvia, Gras María Eugenia. Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. **Adicciones.** 2015; 27(3). 205-213.

49. Marín N Rodrigo, Benjet Corina, Borges Guilherme, Eliosa H Angélica, Nanni A Ricardo, Ayala L Marcos, et. Al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la atención e las adicciones **Salud Mental.** 2013; 36(6). 471-479.