

Prevalencia del consumo de drogas aisladas o en combinación y su relación con la presencia de síntomas orgánicos y mentales

Dra. Maritza Rojas, Lic. Mariutka Fernández

Centro de Investigaciones Toxicológicas de la Universidad de Carabobo (CITUC). Valencia. Venezuela

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue establecer, en consumidores de drogas del sexo masculino, la presencia de politoxicomanía, patrones de consumo y efectos derivados de este hábito así como indicar, mediante análisis toxicológicos, la presencia de abuso de drogas y de agentes psicoterapéuticos usados en combinación. Los 50 consumidores estudiados fueron interrogados acerca de sus características personales; adicción de familiares, nivel educativo, hogar de procedencia, patrones de consumo de drogas (edad de inicio, tipo, dosis, fecha del último consumo), uso simultáneo de otras drogas, alcohol, cigarrillo, fármacos, delitos relacionados y efectos sobre la salud, derivados del policonsumo, o del consumo de drogas solas. Se analizaron muestras de sangre y orina, encontrándose que la presencia de cocaína o bazuco resultó con una positividad de 12%, marihuana 18%, fenobarbital 2%, anfetaminas 2%, carbamazepina 2%. Los resultados muestran que el 58% de la población estudiada usaba drogas ilícitas en combinación. De éstos, el 78% las combinaba con etanol, 44% con cigarrillos y 26% con psicofármacos. En relación con los usuarios de una sola droga, los individuos politoxicómanos estaban afectados ($p < 0,05$), en mayor proporción en lo que se refiere a algunos efectos estudiados tales como deseo sexual o cambios bruscos de conducta.

Palabras clave: Politoxicomanía. Abuso de drogas. Efectos sobre la salud. Marihuana. Cocaína.

SUMMARY

The purpose of this work was to identify the presence of multiple drug abuse, patterns of drug use, and to establish, through toxicological analysis, the presence of these substances and of common psychotherapeutic agents, used in combination. Fifty male drug abusing subjects were investigated. They assisted an interview for the purpose of admitting them to an addiction therapeutic community. All of them were given a questionnaire designed to collect general information about their personal and family history, family addiction to alcohol, tobacco and/or drugs, academic background, pattern of drug use, other substance abuse, concurrent use of tobacco, ethanol or therapeutic agents, relationship to the crime rate and interactive health effects from multiple substance abuse. These were compared to effects resulting from the use of a single drug. A toxicological analysis of blood and urine for detecting cocaine 12%, cannabis 18%, phenobarbital 2%, amphetamines 2% and carbamazepine 2%, were made. Results showed that 58% of the test group used various illegal drugs in combination. Further studies showed that 78% of the group combined illegal drugs with ethanol, 44% with cigarettes and 26% with psychotherapeutic agents. Polytoxicomaniac individuals were affected ($p < 0,05$), in some effects (sexual appetite decrease, behavioral changes), to a higher percentage than those single dose abusers.

Key words: Polydrug abuse. Drugs. Adverse effects. Marijuana. Cocaine.

INTRODUCCIÓN

La interacción derivada de la politoxicomanía puede considerarse como una situación en la cual, los efectos de una droga son aumentados o disminuidos por la administración previa o concurrente

de otra. Los usuarios han descubierto las propiedades que caracterizan estas combinaciones de drogas y un buen número de ellos, prefiere en la actualidad el efecto concurrente combinado de estimulantes y depresores. No obstante, cualquier combinación es posible, depende del proveedor de drogas, de la necesidad financiera del vendedor y de los patrones subculturales. Las drogas también se asocian para incrementar las sensaciones que el consumidor espera (1-3). Aunque han aparecido trabajos internacionales (4-6), que describen investigaciones sobre politoxicomanías entre agentes de la farmacodependencia, no se conoce en Venezuela, un trabajo sistemático que relacione tipos de combinaciones, dosis y niveles sanguíneos de las drogas respectivas, historia y exposición a las drogas usadas. El presente trabajo se realizó con el propósito de investigar patrones característicos de consumo en la población en estudio (incluyendo combinaciones de drogas lícitas e ilícitas), efectos de tipo mental y orgánico derivados de este hábito, e identificar, mediante análisis toxicológicos, la presencia de las drogas más consumidas en nuestro país y/o de fármacos usados en combinación. Igualmente se buscó determinar algunas características personales, familiares y de origen social, que pudieran estar asociadas con la politoxicomanía.

METODOLOGÍA

Muestra. El universo estuvo comprendido por consumidores eventuales y farmacodependientes, concurrentes anualmente, a una consulta establecida por el Centro de Inducción del Hogar de Rehabilitación, en Valencia. A esta consulta asistieron aproximadamente 21 individuos/mes, para un total en el año de estudio (1994), de 258 personas. Se escogieron 50 sujetos del sexo masculino con una edad media de 27,3 años (18-44 años), que asistieron de manera ambulatoria y voluntaria a este Centro, durante 16 semanas, con el fin de participar en entrevistas y charlas motivacionales para ingresar en calidad de internos, en el programa de rehabilitación e inserción social que ellos ofrecen. Se aplicó un cuestionario precodificado, que incluía alternativas de respuestas "cerradas" y preguntas de respuestas abiertas. Todas las personas encuestadas fueron instruidas para responderlo. De la información obtenida se escogieron los siguientes parámetros: edad, estado civil, nivel educativo, hogar de procedencia, patrones de consumo (edad de inicio, cantidad/día, combinaciones de drogas de abuso

entre sí y con alcohol, tabaco y fármacos; fecha del último consumo), hechos delictivos, antecedentes familiares de consumo y efectos sobre la salud).

Análisis toxicológico. Se obtuvieron muestras de sangre y orina para las determinaciones analíticas de drogas de abuso y fármacos realizadas una vez por individuo. Se utilizó una técnica de inmunoanálisis EMIT (*Enzyme Multiplied Immunoassay Technique*), mediante el equipo Microlab 100 de Merck. Cada muestra fue analizada por duplicado. Se realizaron determinaciones cualitativas, mediante calibradores, de: cocaína, cannabinoides, opiáceos y anfetaminas en orina y benzodiazepinas en plasma obtenido de sangre heparinizada. Las cuantitativas, realizadas mediante curva estándar, determinaron: fenitoína, fenobarbital, ácido valproico y carbamazepina, en plasma obtenido de sangre heparinizada. Las concentraciones límites para demostrar positividad, en los análisis cualitativos fueron: cocaína, 300 ng/ml; cannabinoides, 100 ng/ml; opiáceos 0,3 ug/ml; benzodiazepinas, 0,3 ug/ml y anfetaminas, 1 ug/ml.

Análisis estadístico. Se analizaron las frecuencias relativas y se usó el test exacto de Fisher (7), para determinar la significación estadística en el análisis de prevalencia de síntomas, en relación al mono o policonsumo.

RESULTADOS

El 58% (29/50) de los individuos eran solteros, 26% (13/50) casados, 10% (5/50) divorciados y 6% (3/50) concubinos. El nivel de educación de la población fue predominantemente bajo, sólo el 6% con formación universitaria incompleta, 2% completa y 8% técnicos medios. Cuando se relacionó el hogar de procedencia con la edad de inicio en el consumo, se obtuvieron los resultados que muestra el Cuadro 1.

Se determinó que la mínima edad de inicio de consumo fue de 9 años y la máxima de 29, con una media de 15,32 años. El 44% (22/44) de los individuos provenían de hogares en matrimonio constituido a la fecha y con edad más frecuente entre 10-14 años (44%).

El Cuadro 2 detalla la información obtenida al investigar si la población combinaba drogas de abuso y los tipos usuales de combinaciones, centrándose la investigación en cocaína, bazuco (pasta básica de cocaína) y marihuana, por ser las de mayor consumo en nuestro país.

CONSUMO DE DROGAS Y SÍNTOMAS

Cuadro 1

Distribución de la población estudiada según hogar de procedencia y edad de inicio en el consumo

| Hogar de Procedencia | Edad (años) | | | | | | | | | | Total | |
|-------------------------|-------------|------------------|-----------|------------------|-----------|------------------|----------|------------------|----------|------------------|-----------|------------|
| | <- 9 | | 10- 14 | | 15- 19 | | 20- 29 | | NI | | | |
| | n | % ^(*) | n | % ^(*) | n | % ^(*) | n | % ^(*) | n | % ^(*) | | |
| Padres ausentes | - | - | - | - | 1 | 6,7 | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Matrimonio | 1 | 50 | 7 | 31,8 | 5 | 33,3 | 8 | 100 | 1 | 33,3 | 22 | 44 |
| Concubinos | - | - | 5 | 22,7 | 1 | 6,7 | - | - | 1 | 33,5 | 7 | 14 |
| Matrimonio separado | - | - | 1 | 4,5 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Concubinos separados | - | - | 1 | 4,5 | 4 | 26,7 | - | - | - | - | 5 | 10 |
| Divorciados | 1 | 50 | 3 | 13,6 | 3 | 20,0 | - | - | - | - | 7 | 14 |
| Viudo(a) | - | - | 3 | 13,6 | - | - | - | - | - | - | 3 | 6 |
| NI | - | - | 2 | 9,1 | 1 | 6,7 | - | - | 1 | 33,3 | 4 | 8 |
| Total | 2 | 4 | 22 | 44 | 15 | 30 | 8 | 16 | 3 | 6 | 50 | 100 |

NI : No informaron

(*) : Porcentajes basados en el total de cada edad de inicio

(**) : Porcentajes basados en la población total estudiada (50)

El porcentaje de politoxicómanos fue de 58%. Se investigó también la posible combinación de drogas de abuso con alcohol, cigarrillos o fármacos. A excepción de los no informantes, todos los individuos restantes (78%), combinan las drogas de abuso con el consumo alcohólico, 44% con cigarrillos y 26% con fármacos. De estos últimos, 14% mencionaron el flunitrazepam como fármaco de elección, seguido por flunitrazepam y/o diazepam (4%) y bromazepam (4%). Al investigar la cantidad diaria de droga consumida, el mayor porcentaje (28%), no informó. Dentro del grupo que respondió, el 16% está en el rango de 1-10 g/día para cocaína, seguido por 1-2 “pitos”/día para marihuana (10%). Para determinar la relación entre el tiempo transcurrido desde el último consumo y el resultado del análisis toxicológico, se elaboró el Cuadro 3.

Como era de esperarse, los que habían consumido por última vez en un plazo inferior a 6 días, tuvieron el mayor porcentaje de positividad, siendo la marihuana el hallazgo más frecuente, 22,2%. En el aspecto mental, el efecto de mayor frecuencia es la ansiedad (52%), seguido por cambios bruscos de conducta (40%). La desorientación en tiempo y espacio, la manía persecutoria y el aumento en la capacidad de respuesta, constituyeron cada uno el 38%. Luego, irritabilidad (36%), depresión (32%) y euforia (4%).

Los principales efectos sobre la salud, que no se describen como cambios mentales, indican como prevalente la disminución de peso (62%), seguido de pérdida de apetito y sudoración (44%), pérdida del olfato (22%) y vómitos (12%). En los cambios reflejados en la respuesta sexual, la mayor incidencia corresponde a la disminución del deseo sexual (22%), seguido por impotencia (20%), aumento del deseo sexual (16%), e incompetencia eyaculatoria (12%). El fallo orgásmico fue observado en el 4% de los individuos.

La prevalencia de síntomas relacionados con las drogas solas o con combinaciones de ellas (Cuadro 4), fue calculada en relación al número de personas que presentan el síntoma específico, sobre el total de consumidores de: cada una de las drogas aisladas o de las combinaciones estudiadas, x 100. Se concluyó que hubo asociación significativa ($p < 0,05$), entre la prevalencia de síntomas como disminución del deseo sexual, anorexia y disminución de peso, con el “policonsumo” de drogas. Al investigar la incursión en hechos delictivos junto con el tipo de delito, se determinó que el 44% de la población habían delinquido, y el principal delito fue el hurto (36,4%), seguido por atraco/hurto (9%). Las modalidades restantes de delitos (agresión, intento de homicidio, venta ilegal, robo), alcanzan el mismo

Cuadro 2

Distribución de la población estudiada que combinan drogas de abuso y tipos de mezclas

| Drogas | n | % (*) |
|--------------------------|----|-------|
| Marihuana/bazuco | 12 | 24 |
| Cocaína/bazuco | 4 | 8 |
| Cocaína/marihuana | 3 | 6 |
| Cocaína/marihuana/bazuco | 3 | 6 |
| No combinan | 20 | 40 |
| NI Combinación | 7 | 14 |
| NI | 1 | 2 |
| Total | 50 | 100 |

NI: No informan

(*): Porcentajes basados en la población total estudiada (50).

porcentaje (4,5%) cada uno. Se determinó que el 46% de la población estudiada había estado detenida.

Se estudiaron también los antecedentes de consumo de los padres y la correlación con las sustancias consumidas (Cuadro 5). Lo más frecuente fue la ingestión alcohólica por parte del padre.

DISCUSIÓN

La inclusión del hogar de procedencia (Cuadro 1), se efectuó con la intención de estimar el nivel de farmacodependencia en familias típicas y atípicas, mucho más, si se toma en cuenta un factor común del medio familiar venezolano, como es la presencia de un solo progenitor, generalmente la madre, en cerca de la mitad de las familias. Consideramos que deberían ser menos los consumidores cuyos hogares de procedencia son uniones matrimoniales (44%) o con vínculos establecidos en concubinatos (14%). Los resultados de edad de inicio son similares a otros estudios realizados en nuestro país por Albert

Cuadro 3

Sujetos clasificados según el análisis toxicológico y tiempo transcurrido desde el último consumo

| Hallazgo analítico | Tiempo desde el último consumo (días) | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------|-------|-------|--------|--------|-----|--------|----|--------|-------|---------|
| | ≤ 6 | | 7- 14 | | 15- 30 | | ≥31 | | NI | | Total | |
| | n | % (*) | n | % (*) | n | % (*) | n | % (*) | n | % (*) | n | % (**) |
| Cocaína o bazuco | 4 | 14,8 | - | - | 1 | 11,1 | 1 | 14,3 | - | - | 6 | 12 |
| Marihuana | 6 | 22,2 | - | - | - | - | 2 | 28,6 | 1 | 16,7 | 9 | 18 |
| Fenobarbital | 1 ⁽¹⁾ | 3,7 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Anfetaminas | - | - | - | - | 1 | 11,1 | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Cocaína o bazuco y marihuana | 5 | 18,5 | - | - | - | - | - | - | 3 | - | 8 | 16 |
| Cocaína o bazuco, marihuana y carbamazepina | 1 ⁽²⁾ | 3,7 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Cocaína o bazuco, marihuana y anfetaminas | 1 | 3,7 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Cocaína o bazuco y anfetaminas | - | - | - | - | 1 | 11,1 | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Sin muestra | 2 | 7,4 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 4 |
| Sin detectar | 7 | 25,9 | 1 | 100 | 6 | 66,7 | 4 | 57,1 | 2 | 33,3 | 20 | 40 |
| Total | 27 | 54(**) | 1 | 2(**) | 9 | 18(**) | 7 | 14(**) | 6 | 12(**) | 50 | 100(**) |

NI: No informan; ⁽¹⁾: 10 µg/ml; ⁽²⁾: 8 µg /ml carbamazepina

(*): Porcentajes basados en el total de positivos de cada rango de tiempo

(**): Porcentajes basados en la población total estudiada (50).

CONSUMO DE DROGAS Y SÍNTOMAS

Cuadro 4

Prevalencia de síntomas relacionados con drogas usadas solas o en combinación, en porcentajes(*)

| Síntomas | COMBINACIONES | | | | DROGAS SOLAS | | |
|-----------------------------|----------------|------------------|----------------|-----------------|-------------------|----------------------|--------------------|
| | C/B (n = 4) | C/B/M (n = 3) | C/M (n = 3) | M/B (n = 12) | Bazuco (n = 5) | Marihuana (n = 3) | Cocaína (n = 4) |
| Desorientación | 50 | - | 66,7 | 33,3 | 20 | 66,7 | 75 |
| Irritabilidad | 50 | 66,7 | 33,3 | 25 | 20 | 33,3 | 50 |
| ↑ Capacidad de respuesta | - | 33,3 | 66,7 | 16,7 | - | 100 | 25 |
| ↓ Capacidad de respuesta | 25 | 33,3 | - | 16,7 | 20 | - | - |
| Pérdida de peso | 25 | 100 | 33,3 | 75 | 80 | - | 75 |
| Anorexia | 50 | 33,3 | - | 41,7 | 100 | - | 75 |
| Sudoración | 25 | 66,7 | - | 58,3 | 60 | - | 75 |
| Impotencia | 25 | - | - | 8,3 | - | - | 25 |
| ↓ Apetito sexual | - | 100 | - | 8,3 | 60 | 33,3 | - |
| Incompetencia eyaculatoria | - | 100 | - | 8,3 | 20 | - | 25 |
| Ansiedad | 75 | 66,7 | 66,7 | 58,3 | 80 | 33,3 | 50 |
| Cambios bruscos de conducta | 50 | 66,7 | 66,7 | 66,7 | - | 33,3 | 50 |
| ↑ Sexualidad | - | - | - | 16,7 | - | - | - |
| Alucinaciones | - | - | - | 25 | 20 | 33,3 | - |

p < 0,05

(*): Basados en el total de individuos según forma de consumo

C/B: Cocaína/Bazuco; C/B/M: Cocaína/Bazuco/Marihuana; C/M: Cocaína/Marihuana

M/B: Marihuana/Bazuco

Cuadro 5

Población estudiada clasificada según antecedentes de consumo de los padres y sustancia consumida

| Sustancia consumida | Antecedentes de consumo | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|----|-------|---|-------|---|-------|----|
| | Padre | | Madre | | Ambos | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Cigarrillos | 9 | 18 | 2 | 4 | 4 | 8 | 15 | 30 |
| Alcohol | 12 | 24 | 1 | 2 | 2 | 4 | 15 | 30 |
| Drogas de abuso | 1 | 2 | - | - | - | - | 2 | 4 |
| Fármacos | 1 | 2 | 1 | 2 | - | - | 2 | 4 |

de Ferrer M y col. (1991) (no publicado), donde la edad encontrada es de 16 años, lo cual concuerda con los datos registrados por Baselga (8), quien en su trabajo concluyó que el 86% de los consumidores encuestados, iniciaron el consumo antes de los 20 años. Llama la atención que en el rango prevaleciente de inicio (10-14 años), el 31,8% de los individuos provenían de hogares en “matrimonio”, seguidos

por 22,7% en “concubinato”.

Los resultados presentan un porcentaje de politoxicómanos del 58%, menor que el presentado por Martín y col. (4), donde el porcentaje de politoxicómanos estuvo entre 82% y 93%. Es conocido el hecho que la adicción a alcohol y a las drogas, comúnmente ocurre en combinación. Los resultados de este estudio son comparables a trabajos realizados

por la ECA (*Epidemiological Catchment Area*), de Estados Unidos, en los cuales se encontró que el 80%-90% de adictos a cocaína, el 50%-75% de adictos a opiáceos y el 50% de adictos a psicofármacos, eran alcohólicos (9). Se encontró también, que la mayoría de los alcohólicos menores de 30 años, eran adictos al menos a una droga (normalmente marihuana), seguida por cocaína y luego, benzodiazepinas. Este índice elevado de consumo de alcohol aquí informado (78%) y la observación de que el 62% del grupo estudiado, no trabaja, es análogo al hallazgo de Hammer y Vaglum (10), quienes encontraron que el desempleo está positivamente relacionado con el consumo de alcohol en adolescentes masculinos. La combinación de cocaína, marihuana y bazuco, con cigarrillos alcanzó un 44%. El cigarrillo, al contrario del alcohol, no produce estados de embriaguez, ni altera los estados de consciencia. Al ser sus efectos mucho más suaves, tanto fisiológica, como psíquicamente, el fumador está propenso a ingerir más alcohol y drogas que quienes no fuman. Se sabe de conclusiones derivadas de estudios como el de Elzo J y col. (1987) (no publicado), que al aumentar las cantidades de cigarrillos, aumenta la proporción de fumadores de marihuana. El abuso de psicofármacos, como elemento de combinación, no se reflejó en la proporción esperada, ya que en nuestro país la venta de fármacos tipo flunitrazepan, va en aumento. En la encuesta, la población estudiada no informa que combina droga alguna con anfetaminas, sin embargo, el análisis toxicológico (Cuadro 3), revela algunas muestras positivas para estas últimas. Esto podría explicarse por la adulteración de la cocaína adquirida en la calle, que puede contener anfetaminas, procaína, lidocaína, fenilpropanolamina, heroína, cafeína, lactosa y manitol (11-14).

En relación a la cantidad consumida, se sabe que la dosis letal potencial de la cocaína es de 1,2 g, pero es posible que la muerte ocurra con dosis de hasta 30 mg (15). La marihuana por su parte, afecta pulmones y bronquios, considerándose que el efecto en estos órganos, producido por fumar entre 3-5 "pitos" (forma de cigarrillo de marihuana usado en nuestro país), es equivalente al producido por fumar 112 cigarrillos, con el agravante que la marihuana posee más elementos cancerígenos que el tabaco. En referencia a los efectos mentales, se sabe que a través de mecanismos neuroquímicos, la cocaína produce euforia y buen humor durante la intoxicación, que apreciamos en un 4% de los individuos encuestados. El uso crónico produce efectos

opuestos a los esperados: cambios de humor de euforia a disforia e irritabilidad. Los efectos relacionados con el consumo de cocaína que se mencionan en las respuestas del grupo estudiado son: convulsiones o temblores, agresividad, ansiedad, depresión, paranoia, alucinaciones, náuseas y vómitos, disminución del apetito y pérdida de peso (9). Entre los síntomas descritos, la irritabilidad, sudoración, anorexia, son manifestaciones del síndrome de abstinencia, que se presenta con mayor intensidad a las 24 horas de la supresión, durante 4-5 días. Sorprende el hecho que entre los efectos informados no se refieren el insomnio y la fatiga. De acuerdo a las estadísticas reportadas por 1-800 Cocaine (16), la línea norteamericana de consulta y asesoramiento para usuarios de cocaína, un 82% de las consultas refieren insomnio y 76% reflejan fatiga. Entre las drogas usadas, la cocaína, en su efecto sexual, aumenta el erotismo, pero se anula la capacidad sexual por sus acciones típicas: inhibición y anestesia medular (17). La experiencia acumulada por Rojas, psiquiatra del Centro de Rehabilitación (comunicación personal), revela como un hallazgo casi constante una incapacidad para sentir y elaborar vivencias amorosas, en la relación con el sexo opuesto. Aunque se encontró que un 16% de la población, aparentemente, percibe aumento del deseo sexual, podría relacionarse, por un lado, con el consumo de alcohol, el cual a dosis bajas, es desinhibidor de la represión sexual, facilitando una relación más plena en sujetos introvertidos. Sin embargo, dosis altas pueden acompañarse de una depresión tan importante del sistema nervioso central, que bloqueen, tanto la receptividad al estímulo, como la capacidad de respuesta sexual (18). Por otra parte, una de las mitificaciones del consumo de drogas consiste en la creencia errónea de sus propiedades afrodisíacas. El efecto a la larga es precisamente contrario, llevando progresivamente a la impotencia (2). El importante porcentaje de este síntoma (20%), se corresponde con los estudios de Noya y Alarcón (19), que relatan episodios de impotencia después de una masiva ingesta de cocaína, sola o combinada con el alcohol. Podemos observar la prevalencia en algunos de los síntomas derivados de las interacciones del uso múltiple de drogas (Cuadro 4), sin embargo, se reconoce la necesidad de continuar estudios con mayor número de individuos para determinar, con más propiedad, la significación de estos resultados, ya que no pudimos determinar el efecto potenciador de las combinaciones, en algunos síntomas.

Investigando la incursión en la criminalidad, se conoce que el uso concomitante de estimulantes con alcohol, sedantes o tranquilizantes menores, a juicio de investigadores como Ellinwood y col. (1), es la combinación más peligrosa. Individuos que usan estas mezclas han llegado a ser muy violentos y pueden cometer delitos, entre ellos, homicidios cuando están bajo su acción. Esta pérdida del juicio podría explicar la proporción de delitos aquí informados. Un estudio realizado en Grecia (20), sobre criminalidad, expresada por arrestos y prisión, encontró que el poliabuso de drogas, el desempleo y el bajo nivel de educación, estuvieron entre los principales factores etiológicos de la misma. En referencia a los resultados del Cuadro 5, se ha demostrado que cuando los niños ven a sus familiares cercanos, usando drogas lícitas o ilícitas, debido a sus limitaciones cognoscitivas, pueden creer que este hábito es un comportamiento aceptado. Así, el desarrollo transcurrirá en un ambiente propicio para el consumo, al haberse observado desde edades tempranas el modelo consumidor. Estudios familiares y genéticos (21,22), han demostrado por ejemplo, que cuando se investigó la historia familiar de adictos a cocaína, el 50% de ellos tenía una historia familiar de 1er. o 2do. grado de parentesco con alcoholismo.

Los resultados de esta investigación indican que el uso múltiple de drogas es una conducta que se presume sea muy común para la población adicta a drogas en nuestro país. La magnitud de la politoxicomanía observada, enfatiza la dificultad para asociar efectos adversos a la salud, a sustancias únicas y alerta sobre el potencial para efectos interactivos debido a combinaciones. Un alto porcentaje de individuos también combina drogas de abuso con alcohol, concurrente y/o simultáneamente. Aunque el número de individuos estudiados fue limitado para determinar adecuadamente una significación entre efectos adversos derivados del consumo de drogas solas, comparadas con combinaciones, estos datos suministran una base para investigación futura en esta área. Los datos también indican que la politoxicomanía, el desempleo y el bajo nivel educativo, son importantes factores para predecir criminalidad. La influencia importante del hogar, no se reflejó como se esperaba, dada la relevancia del grupo familiar en la incidencia del consumo, pues se observó que muchos sujetos provienen de matrimonios y no de hogares disociados. Estos resultados permiten recomendar

la importancia de continuar futuras investigaciones en las consecuencias biológicas y sobre la conducta, de las asociaciones de drogas de abuso.

REFERENCIAS

1. Ellinwood E, Eibergen R, Kilbey M. Stimulants: interaction with clinically relevant drugs. *Ann NY Acad Sci* 1976;281:393-409.
2. Evans E, Wenger G. The effects of cocaine in combination with other drugs of abuse on schedule-controlled behaviour in the pigeon. *Pharm Bioch Behav* 1990;37:349-357.
3. Gay GR, Inaba DS, Sheppard CW, Newmeyer JA. Cocaine: history, epidemiology, human pharmacology and treatment. A perspective on a new debut for an old girl. *Clin Toxicol* 1975;8:149-178.
4. Martin CS, Clifford PR, Clapper RL. Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana and hallucinogens in first year college students. *J Subst Abuse* 1992;4(3):319-326.
5. Sands BF, Ciraulo DA. Cocaine drug-drug interactions. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12 (1):49-55.
6. Cowley DS. Alcohol abuse, substance abuse and panic disorders. *Am J Med* 1992;92(Suppl 1A):41-48.
7. Siegel S. Non parametric statistics: behavioural sciences. International students version. Japón: Mc Graw Hill, Kogskusha, LTD; 1956.
8. Baselga E. Los drogadictos. Madrid:Editorial Guadarrama; 1972.
9. Miller N, Gold M. A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1993;16 (1):105-117.
10. Hammer T, Vaglum P. Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood. *J Adolesc* 1990;13(2):129-142.
11. Hanks R. Cocaine: the material. En: Petersen RC, Stillman RC, editores. Cocaine Research Monograph No 13. National Institute on Drug Abuse, Rockville MD 1977:47-61.
12. Phillips JL, Wynne RD. Sociological aspects of cocaine use and abuse. En: Mulé SJ, editor. Cocaine: chemical, biological, clinical, social and treatment aspects. Cleveland: CRC Press Inc; 1976:232-241.
13. Siegel RK. Cocaine smoking disorders: diagnosis and treatment. *Psychiat Ann* 1984;14:728-732.
14. Siegel RK. Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences and treatment. En: Cocaine: pharmacology, effects and treatment of abuse.

- Grabowsky J, editor. Research monograph 50. Dept HHS. Publication, NIDA Washington DC, No. 84-1326 1984:92-110.
15. Cone E. Saliva testing for drugs of abuse. *Ann N Y Acad Sci* 1993;694.
 16. Roehrich H, Gold M. 800-Cocaine: origin, significance and findings. *Yale J Biol Med* 1988;61:149-155.
 17. Astolfi F, Macagno A, Kiss J. Las toxicomanías en nuestro medio. Buenos Aires: Fundación Santa Juana de Arco; 1975.
 18. Rojas C. La sexualidad en el drogadicto. *Revista Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CODECIH) Universidad de Carabobo, Valencia* 1989;4:20-23.
 19. Noya TN, Alarcón R. Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1986.p.387-397.
 20. Kokkevi A, Liappas J, Boukovala V, Alevizou V, Anastassopoulou E, Stefanis C. Criminality in a sample of drug abuser in Grece. *Drug Alcohol Depend* 1993;31(2):111-121.
 21. Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Parental alcoholism in opioid addicts. *J Nerve Ment Dis* 1987;173:461-468.
 22. Miller NS, Gold MS, Belkin BM, Klahr AL. Family history and diagnosis of alcohol dependence in cocaine dependence. *Psychiatry Res* 1989;29:113-121.

“Fibronectina fetal: un nuevo instrumento para la predicción del éxito de la inducción del parto”

“Aun cuando la inducción electiva del parto, generalmente, ha perdido favor en Estados Unidos, las inducciones indicadas, aun en pacientes de bajo riesgo, pueden ocurrir hasta en un 25%. Muchas de estas inducciones del parto pueden tener indicaciones que, claramente, requieren un parto inmediato, como la preeclampsia severa. Sin embargo, otras son hechas cuando, en el juicio del clínico, los beneficios del parto para la madre o el feto, sobrepasan tanto los riesgos de la continuación del embarazo, como los de la inducción del parto.

Por tanto, en el proceso de decisión de la inducción del parto, es crítica la posibilidad de que ésta resulte en un rápido, seguro y exitoso parto vaginal. Actualmente, el único método en uso común para ayudar al clínico a hacer este juicio, es la “madurez” del cuello uterino. Cuantitativamente, ésta es expresada por medio de la puntuación de Bishop. Las pacientes con favorables puntuaciones de Bishop (≥ 9) generalmente tienen trabajos de parto cortos y exitosos partos vaginales. Sin embargo, la especificidad del Bishop en pacientes con cifras intermedias (6 a 9) o bajas, (≤ 5) es pobre. Aun cuando muchas de estas pacientes tienen partos

fáciles, tales bajas puntuaciones están asociadas con trabajos prolongados y cesáreas. Por tanto, parece haber necesidad de otros marcadores que pueden ayudar al clínico a predecir el éxito de la inducción del parto.

Recientemente, un número de publicaciones ha descrito la aparición de una isoforma de la fibronectina humana, llamada fibronectina fetal, que se “escapa” de la interfase coriodecidual hacia el cuello y vagina, una a dos semanas antes del comienzo del parto.

La Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado una prueba inmunoabsorbente, ligada a enzimas, para detectar la fibronectina fetal cérvico-fetal y determinar cuáles pacientes, con signos precoces de parto prematuro, están más propensas a entrar en parto real. Lockwood y col. han mostrado también, que esta prueba es un marcador de inminencia de parto a término. Así, parece que la fibronectina fetal es un marcador de parto inminente, sin tener en cuenta la edad de la gestación”. (Garite TJ, Casal D, García-Alonso A, Kreaden U, Jiménez G, Ayala JA, Reimbold T. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1516-1521).