

# PERFIL DEL INHALADOR. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL USO DE INHALANTES EN UNA POBLACION MARGINAL

Dr. Fidel de la Garza\*  
Dr. Iván R. Mendiola\*\*  
Dr. Salvador Rábago G.\*\*

*Se practicó un estudio casa por casa en una comunidad marginal de 525 hogares, habiéndose detectado 36 familias con hijos inhaladores. Se hizo un estudio psicosocial y económico exhaustivo de ambos grupos y se procedió a compararlo.*

*El resumen de los resultados arrojó los siguientes datos:*

*1) La incidencia de inhaladores en la colonia estudiada es de 10.1% en las familias con niños en edad de inhalar.*

*2) Los factores sociales son importantes en la determinación de la farmacodependencia; sin embargo existen familias que viven en el mismo contexto social y no padecen de este problema, por lo que los factores familiares también tienen importancia relevante.*

*3) Se hizo un estudio comparativo entre familias de la colonia y familias de inhaladores, lográndose encontrar en éstas, rasgos significativos que las hacen diferentes. Existe desorganización familiar con orfandad y abandono de los padres, mayor número de hijos y menores ingresos económicos per capita.*

*4) El problema del abuso de disolventes por parte de los niños, es un fenómeno que se da en familias con graves antecedentes de alcoholismo y farmacodependencia en general.*

*5) Las consecuencias de lo anterior implican que los acercamientos terapéuticos deben de contemplar un manejo social familiar y no sólo individual.*

*6) Al preguntarnos por qué, hasta el momento, sólo en las áreas marginadas y pobres de nuestro país se desarrolla el fenómeno de inhalación de disolventes, nos contestamos que el marco socioeconómico de miseria de las poblaciones marginadas es el medio de cultivo propicio para este tipo de farmacodependientes.*

*El origen de este problema obedece a causas supra-estructurales de orden político y económico.*

*Las soluciones terapéuticas deben contemplar todos estos aspectos por lo que aquí se enumeran algunos.*

## Antecedentes

En 1975 y 1976, CEMEF\*\*\* subvencionó una investigación sobre la inhalación deliberada de sustancias volátiles en comunidades marginadas de la ciudad de Monterrey.

Se llevó a cabo un estudio diagnóstico a nivel médico y psicosocial cuyos resultados fueron objeto de publicación.

Durante la investigación se integraron visiones de múltiples disciplinas. Los aspectos antropológicos, psicosociales, médicos y familiares del fenómeno de inhalación de solventes industriales fueron integrados en un libro.

## Objetivos

1. La concientización y prevención del problema de dependencia a inhalantes en familias marginadas de la ciudad de Monterrey.
2. Hacer un estudio epidemiológico del uso de inhalantes en esta colonia y detectar las familias con este tipo de patología, a la vez que se llevaba a cabo la labor preventiva casa por casa.
3. Obtener por medio de esta investigación información no sólo de la condición psicosocial y económica de las familias de inhaladores, sino también de los demás colonos, lo que permitirá hacer un análisis comparativo.

\*Investigador del Instituto Mexicano de Psiquiatría e investigador del Instituto de Investigaciones Psicosociales, IIPSO, Monterrey, N.L.

\*\*Investigadores del Instituto de Investigaciones Psicosociales, IIPSO, Monterrey, N.L.

\*\*\*Actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría.

4. Llevar a cabo el análisis de las familias normales de la colonia y de las familias con sujetos inhaladores, que nos permita conocer las coincidencias y diferencias entre estos grupos, así como el perfil de las familias de inhaladores.

## Planteamiento

En los últimos veinte años la inhalación de solventes industriales se ha transformado en un grave problema social en las grandes ciudades.

Las proporciones epidémicas y endémicas del problema han preocupado internacionalmente a nuestro país y a los EU, por lo que CEMEF y NIDA llevaron a cabo en la ciudad de México el Primer Simposium sobre Inhalación Deliberada de Solventes Industriales en junio de 1976. A los interesados en la bibliografía se les recomiendan las memorias de este Simposium (7) y el libro recientemente publicado por NIDA (15).

Cohen (5, 6), uno de los pioneros en la investigación social del fenómeno, ha mostrado que las características propias de los solventes, que son: ser fáciles de adquirir, de bajo costo, no estar penados legalmente en su uso y ser efectivos exaltadores del ánimo, los convierten en la droga preferida de los marginados pobres.

Berry (2, 3) ha demostrado el enorme costo social que implica el que los niños pertenecientes a grupos minoritarios participen en esta farmacodependencia.

Carroll (4) enfatizó la importancia de los estudios epidemiológicos que, con esta metodología, permitieron identificar los posibles perfiles de los usuarios en cuanto a edad, sexo, raza y grupos étnicos y conocer de este

modo las variables psicológicas y sociales que estaban envueltas en el abuso de los inhalantes.

Korman (11, 12) ha descrito algunas características del inhalador, tales como la presencia de descontrol emocional y conductual y de defectos cognoscitivos; y en cuanto a las familias, observó que pertenecían a grupos minoritarios, frecuentemente hispanos, y con desorganización familiar. A su vez Press y Done (14) han interpretado la poca participación de la mujer en las actividades farmacodependientes y han observado que los negros presentan menos tendencia a esta farmacodependencia que los mexicano-norteamericanos.

Natera y Berriel González (1), a través de estudios epidemiológicos realizados en México, mostraron que la edad de inicio es muy temprana, antes de los 14 años, y que los adictos son generalmente sujetos masculinos marginados que no desempeñan ninguna actividad.

## Material y método

El estudio epidemiológico de una comunidad marginal es uno de los primeros pasos en el implemento de nuevas técnicas terapéuticas para el manejo de la farmacodependencia, ya que nos permitirá no sólo una detección estadística del problema, sino además, penetrar en el *habitat* físico y cultural de estas familias.

La investigación epidemiológica se llevó a cabo en una colonia de posesionarios llamada "Revolución Proletaria", habiéndose elegido ésta por ser pequeña (625 lotes) y de fácil acceso para el grupo de investigadores.

Nuestra labor previa de tres años en la comunidad facilitó nuestra posibilidad de lograr un buen contacto con los pobladores y de recabar una información confiable.

La colonia está dividida en 625 lotes, distribuidos en 29 manzanas. De éstos, se hallaban habitados sólo 590, que corresponden al 100% de la muestra.

Las visitas domiciliarias se llevaron a cabo de febrero a mayo de 1977. El grupo de entrevistadores estaba formado por dos psiquiatras, dos psicólogos, y un sociólogo, quienes han trabajado en equipo durante largo tiempo. Esto permitió que el lenguaje utilizado y la información obtenida tuvieran uniformidad.

Además colaboraron estudiantes de trabajo social y de psicología, quienes recibieron un entrenamiento previo para que acompañaran a los miembros del equipo.

Mediante la experiencia obtenida por el contacto diario con estas familias y observando los patrones culturales de la comunidad, pudimos constatar que era más difícil que se concediera acceso al hogar a los varones por lo que creímos conveniente que las visitas domiciliarias fueran efectuadas por parejas, facilitando así la incursión al hogar y una comunicación más amplia y profunda que nos aportaría información más fidedigna.

Previo observación y conocimiento de la comunidad, se elaboró un cuestionario que investigaba las siguientes áreas:

- Organización familiar.
- Procedencia.
- Tiempo y causa de la emigración.
- Natalidad.
- Mortalidad.
- Escolaridad.
- Analfabetismo.
- Ocupación.
- Tiempo empleado al año.
- Ingreso *per capita*.
- Ingreso total.

- Drogadicción en la familia.
- Vivienda.
- Actividades políticas.

Las entrevistas se hicieron tan amplia y espontáneamente como fue posible y en ellas el entrevistador iba recolectando los datos, no siempre siguiendo el orden del cuestionario. La entrevista se llevaba a cabo después de haber logrado un buen contacto con la familia, ya que la experiencia demostró que al principio habría una tendencia a minimizar los datos, circunstancia que no se presentaba una vez obtenida su confianza.

Las entrevistas se desarrollaron en forma no convencional, oscilando su tiempo de duración entre 1/2 hora y 3 horas. Los entrevistadores llevaban las preguntas aprendidas de memoria y las respuestas a estas preguntas se daban dentro de un diálogo espontáneo y ameno. La labor de concientización respecto a los inhalantes se hacía a la vez que se recababa la información. Posteriormente el entrevistador anotaba en el cuestionario los datos obtenidos. Esto permitió obtener, además de una relación íntima con las familias y sus problemas, un grado mínimo de error en los datos reportados.

## Validez de los resultados

Estamos conscientes de las posibles limitaciones que toda investigación puede padecer en cuanto a la confiabilidad de los resultados.

La base de cualquier estudio es la obtención de la información y la capacidad del grupo de investigadores para observar y traducir lo visto en datos que puedan después ser medidos.

Nuestro método de inserción dentro de las comunidades y el convivir con los pobladores, nos ha permitido contar con información de primera mano sin necesidad de intermediarios.

Las visitas se hicieron casa por casa, donde se dialogaba ampliamente y se veía la realidad desde adentro de la familia, de tal manera que la información recibida era constatada y comprobada ahí mismo, por ejemplo: el *habitat*, con el número de cuartos, condiciones de la vivienda, etc., no era necesario preguntarlo, pues se nos daba por sí mismo. Si se preguntaba por el número de hijos podíamos verlos, jugar con los niños y preguntar acerca de ellos. Esta confianza nos permitió franquear barreras culturales y eliminar el temor a confesar situaciones íntimas, como cuando preguntábamos acerca del número de esposos que había tenido la madre de ese hogar.

La recolección de los datos fue vaciada a cuestionarios que los investigadores conocían de memoria y que permitían la libertad de la entrevista. Posteriormente estos datos fueron programados y computados\*.

Los resultados aquí expuestos serán siempre los valores mínimos para cada rubro analizado.

Se ha tomado la precaución de no distorsionar los resultados por lo que cuando no se cuenta con parte de la información, se dan los valores mínimos. Por ejemplo, el estudio no fue llevado por técnica de muestreo, sino que fue un censo de casi la totalidad de los hogares, sin embargo no fue posible encuestar a un porcentaje de 11.02 por no encontrarlo en su domicilio en reiteradas visitas. Este núcleo que quedó sin explorar posiblemente presente condiciones que propicien el hecho de tener entre sus integrantes a niños inhaladores. Esta inferencia se

\* Por cortesía de la Universidad de Texas, en Dallas.

sacó por el conocimiento previo que teníamos sobre la desorganización familiar, sin embargo conservamos los valores mínimos encontrados en los hogares que dieron la información.

Algunos términos empleados ameritan una definición, la cual daremos al reportar los resultados. por ejemplo, lo que entendemos por alcoholismo, bebedor moderado, excesivo y abstinencia.

### Perfil de las familias con hijos inhaladores

Existen 590 casas en la colonia, de las que se logró entrevistar al 88.9% de sus moradores, o sea, a 525 familias.

Esto fue debido a que al 11.02%, 65 en total, no fue posible entrevistarlos, pues en reiteradas visitas no se encontró a nadie en el domicilio por razones de trabajo o por estar fuera de la ciudad.

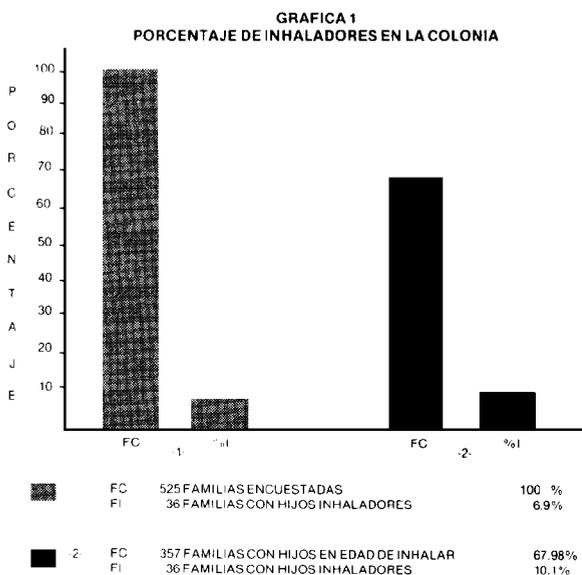
La investigación nos permitió comparar las características de las 525 familias de la colonia (en adelante se les llamará FC) con las de las 36 familias con pacientes inhaladores (se les llamará FI). El contrastar estas características nos dio lo que consideramos un perfil de las condiciones psicológicas, familiares y sociales de las familias con pacientes inhaladores.

### Incidencia de farmacodependencia

#### a) Inhalación de solventes

Del total de familias de la colonia (FC) el 6.9%, o sea 36 familias, tenía hijos inhaladores (FI).

Las características de los grupos marginados con una grave explosión demográfica, hacen que la distribución de edades dentro de las familias acuse el predominio infantil. Sabemos por nuestros estudios previos, que los niños susceptibles de ser inhaladores en esta colonia, son los mayores de siete años, cuando desertan de la escuela y las presiones familiares son más intensas. Se cruzaron las variables adecuadas para conocer el número de familias que tenía hijos en edad de inhalar, descartando a las familias muy jóvenes o estériles y encontramos que la incidencia sube a un 10.1% de FI (gráfica 1).



El hecho de que de cada 10 hogares uno padezca de esta problemática, da por resultado un grave problema sanitario de proporciones alarmantes.

#### b) Alcoholismo

El definir el grado de alcoholismo y lo que cada una de las nomenclaturas significa es un principio básico para la comprensión de los datos y su comparabilidad con otros estudios.

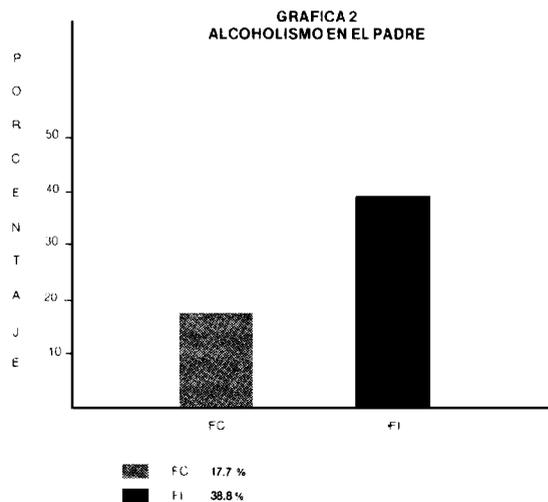
La Organización Sanitaria Panamericana, siguiendo la fórmula de Jellinek, calcula que en México, el 15% de los hombres adultos es alcohólico.

El énfasis de la definición de alcoholismo en nuestra investigación, lo dan los factores sociales involucrados en esta patología. El grado de alcoholismo se determinó por la medida del fracaso al enfrentar las obligaciones económicas, sociales y familiares como consecuencia de la bebida. Para este fin, tomamos la definición contenida en el estudio de Fromm y Maccoby.

1) Alcohólico es aquel que pierde uno o varios días a la semana a causa de la bebida. Este dato y el de complicaciones médicas o psiquiátricas como *delirium tremens* o cirrosis, fueron comprobados con la mujer durante la entrevista. Los alcohólicos tienden a minimizar el grado de ingesta cuando se les interroga y si la pregunta se hace a la pareja, la mujer tiende a falsear la información por sentirse intimidada por el hombre.

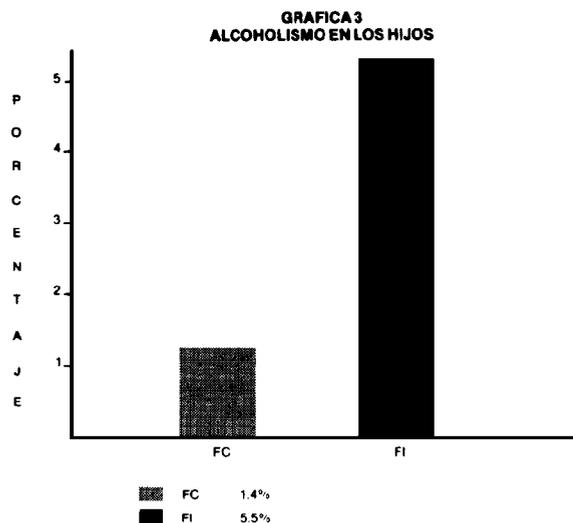
En la totalidad de la colonia (FC) se encontró un 17.7% de alcoholismo, cifra ligeramente superior a las encontradas por otros autores y por la OSP.

En contraste con esto, las familias de inhaladores presentaban un 38.8% de alcoholismo.



La relación entre hijos inhaladores y padres alcohólicos se corrobora con las consecuencias que esto tiene para las dinámicas de estas familias (gráfica 2). La identificación de los menores con la conducta farmacodependiente de los adultos resultó evidente, pues encontramos que el alcoholismo de los hijos en las familias inhaladoras, era de 5.5%, mientras que el nivel de hijos alcohólicos dentro de las FC era de 1.4% (gráfica 3).

Recordemos que los pobres ingresos de estos grupos exigen de los niños el uso de drogas baratas y accesibles a sus mínimos recursos. Los hijos alcohólicos son los mayores que ya pueden comprar alcohol, en cambio los



niños usarán solventes para inhalar, que cuestan menos y causan más rápido efecto que el alcohol.

2) El bebedor excesivo es aquel al que su apetito por la bebida lo lleva a beber todos los fines de semana y quien esporádicamente tiene conflictos sociales con su trabajo al perder el lunes u otros días por no asistir a trabajar. Su conducta alcohólica es tolerada en general por la familia, a pesar de los trastornos que ocasiona.

El bebedor excesivo se diferencia del alcohólico sólo en grado. En las familias de la colonia encontramos 10.4% y en los FI 22.2%.

3) Los bebedores moderados son aquellos cuyas obligaciones sociales no entran en conflicto con su ingesta de alcohol. En este caso se encontraba el 48% de FC y en FI, el 8.3%

Es importante aclarar que se hizo un estudio paralelo al del perfil de inhalación con el porcentaje de familias con casos de alcoholismo en un intento de descubrir si existían variables significativas que nos mostraran cuáles familias tendrían más tendencias al alcoholismo de acuerdo a sus condiciones familiares, sociales o económicas. Encontramos que *las características de la familia con alcoholismo no difieren significativamente de las del resto de la colonia*, lo que implica que todas tienen la capacidad de desarrollar este tipo de farmacodependencia. Obsérvese el número de bebedores excesivos, a los cuales quizá sólo les falte tiempo para volverse alcohólicos. Recuérdese que estos grupos familiares son de emigrantes recientemente establecidos en la ciudad y en general son jóvenes. Creemos que esta parte del estudio abre muchas interrogantes acerca del alcoholismo, sin embargo, desbordan en este momento nuestras metas, pero deben estudiarse en futuras investigaciones.

c) *Otras drogas y farmacodependencia en las familias*

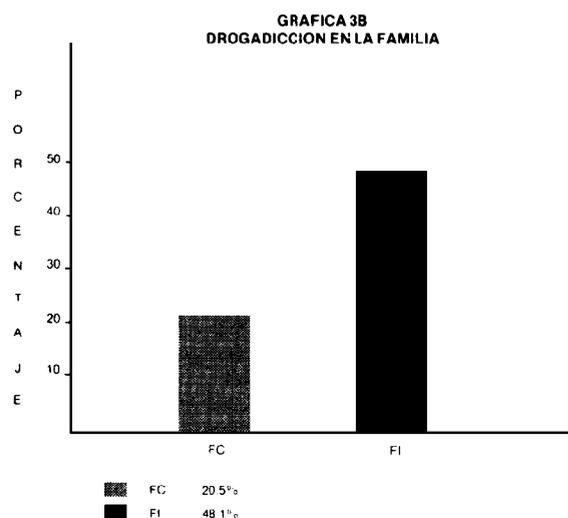
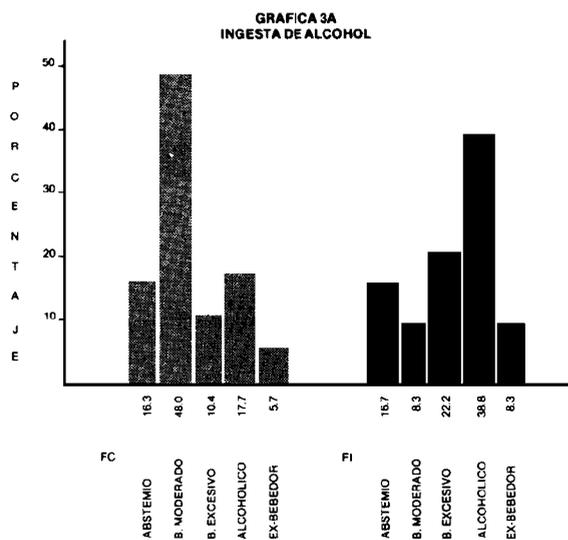
El uso de otros fármacos como la **mariguana** y las pastillas depresoras del sistema nervioso central, es menos frecuente entre los marginados por el alto costo de estas drogas y por las tradiciones culturales que predisponen psicológica y socialmente a estos grupos para que consuman predominantemente el alcohol.

En las familias de la colonia encontramos que en una de cada cinco, el 20.5%, usaba alcohol u otras drogas. En las familias de inhaladores este índice se multiplicaba y el 48.1% de estas familias usaba además de los inhalantes, otras drogas.

Estos datos nos permiten afirmar que además de los motivantes sociales provocados por la cultura de la miseria, existen factores psicológicos y familiares que dan un marco a los niños que nacen en estas familias, debido al contacto frecuente con las conductas farmacodependientes de los padres.

El aprendizaje temprano de estos comportamientos en algunos casos tiende a cotidianizarse y a veces a contemplarse como una conducta "normal", y de este modo, su aceptación por parte del grupo familiar incita, propicia y perpetúa la conducta farmacodependiente.

Debemos aclarar en este momento que *las familias no son de inhaladores*, sino que en el contexto antes mostrado, son inhaladores que pertenecen a *familias con tendencia a la farmacodependencia*.



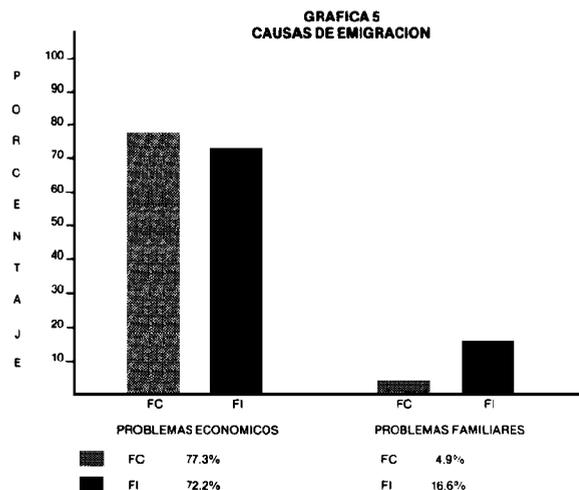
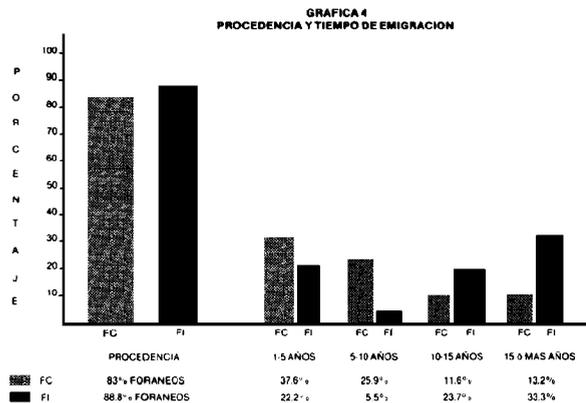
Las consecuencias de esta afirmación nos llevarán necesariamente a no aislar del contexto familiar al inhalador cuando se intente un acercamiento terapéutico, y a no perder de vista el contexto social y económico que le da características especiales a estas familias (gráfica 3B).

Las terapias comunitarias deben enfatizar el manejo de la problemática familiar. El individualizar o "psicologizar" el problema de la farmacodependencia trae consigo un seguro fracaso.

## Organización familiar

### a) Causas de emigración

Los pobladores marginados son en su mayoría emigrantes del campo; en esto no existe diferencia significativa entre los grupos estudiados (FC 83%, FI 88.8%) (gráfica 4).



Las causas que principalmente determinan el desarraigo del campo, son los problemas económicos. La miseria y la precaria condición de vida en sus lugares de origen son, sin lugar a dudas, peores que las que encuentran en los cinturones de miseria de la ciudad.

Al inquirir las causas de emigración nos encontramos (gráfica 5) con que existían en algunos casos factores sociofamiliares y no económicos que provocaron la emigración, por ejemplo, el ser perseguidos por la justicia por homicidio o robo. En otros casos la emigración fue una huida por problemas familiares como el adulterio del esposo.

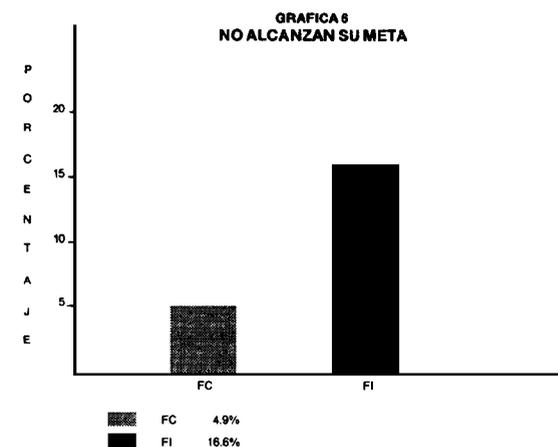
En las familias de la colonia sólo el 4.9% se encontraba en esta situación mientras que en las familias con inhaladores este porcentaje subía a 16.6%, lo que demuestra que existía problemática familiar grave más frecuente en

las familias con hijos inhaladores, incluso antes de llegar a la ciudad.

El fenómeno de la emigración expone a las familias en general a graves tensiones. La necesidad de abandonar el lugar donde se nace y el perder este marco referencial conocido, provoca en estos grupos la depresión consecuente a este estado de ánimo familiar por el desarraigo. Debe añadirse el choque cultural que se sufre al contacto con la ciudad.

Si a lo anterior agregamos los factores familiares presentes en las familias con hijos inhaladores, podemos sugerir que la problemática social y familiar se potencializará provocando mayores niveles de ansiedad y dificultades de adaptación a una nueva vida en la ciudad.

Cuando indagamos respecto a si habían logrado lo buscado en la ciudad tras la emigración, encontramos que las familias con hijos inhaladores sufrían tres veces más de frustración que el resto de la comunidad (gráfica 6).



*El proceso de adaptación al cambio social es más precario en las familias con hijos inhaladores.*

### b) Tiempo de emigración a la ciudad

La mayor parte de las familias de la colonia es de reciente ingreso a la ciudad; el 63% tiene menos de 10 años y el 37.6% lo ha hecho en los últimos 5 años.

Son en su mayoría los jóvenes del campo los más capaces de emigrar por lo que estas colonias cuentan con una gran población infantil.

Las familias con hijos inhaladores (FI) son aquellas que más tiempo tienen en la ciudad, el 57% tiene más de 10 años y el 33.3%, más de 15 años.

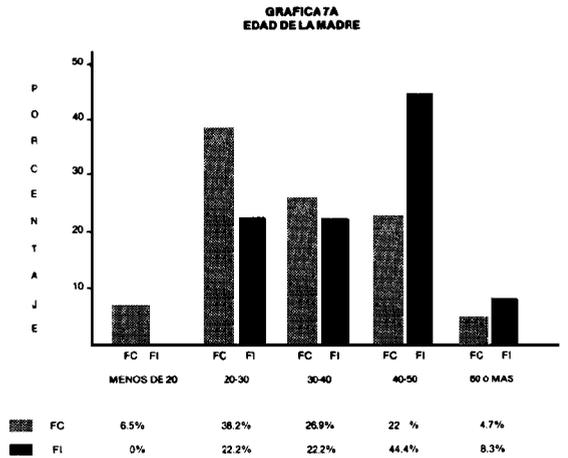
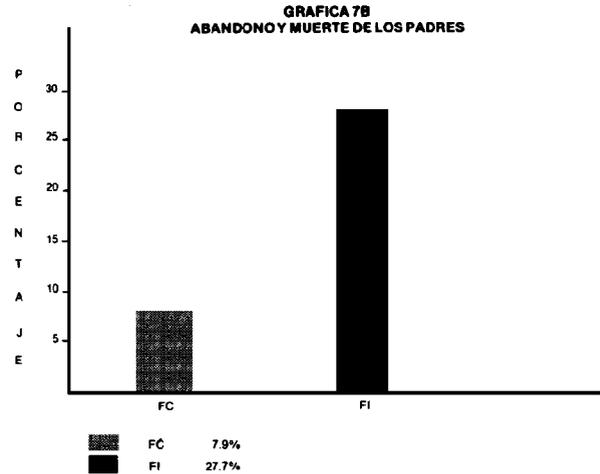
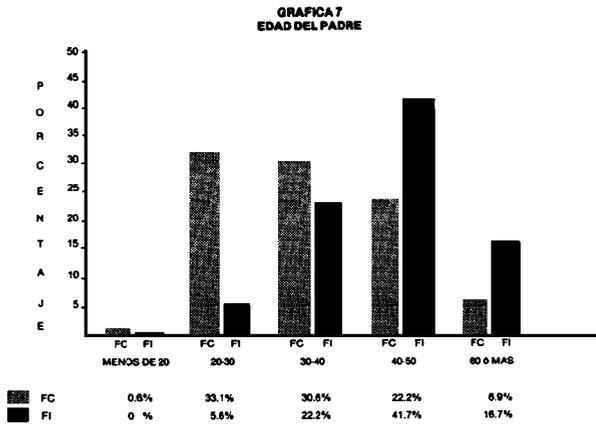
Para ser candidato a la farmacodependencia con disolventes industriales, es necesario tener entre 8 y 15 años de edad.

El tiempo de emigración es importante, pues los sujetos que más exposición han tenido a la ciudad, poseen a su vez más capacidad de aprender, lo que nos permite suponer que:

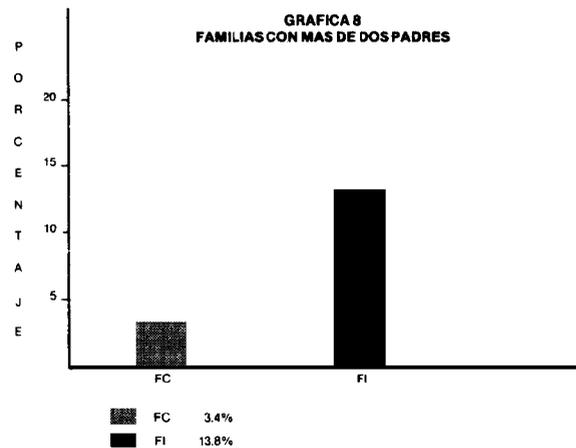
*La farmacodependencia es una conducta adaptativa a las comunidades marginales.*

### c) Edad de los padres

En general, los padres de las familias de la colonia (FC) son jóvenes; 33.7% de los padres y 44.7% de las madres tienen menos de 30 años (gráficas 7 y 7A).



gar interacciones no libres de conflicto como rivalidad con los hijos de su esposa y la procreación de nuevos hijos, lo que provocará la presencia de hijos de dos padres distintos, etc. (gráfica 8).



Los padres de FI son de edad madura; 58,4% con más de 40 años.

Debemos recordar que las crisis de los adolescentes están muy ligadas a las crisis familiares y a las de los padres. Las crisis psicológicas y económicas de la gente de mediana edad (alrededor de los 40 años), se desarrollan junto con las crisis de sus hijos, que pasan en ese momento por la adolescencia (entre los 12 y los 18 años).

En el 27,7% de las familias, el padre o la madre estaban ausentes por muerte o por abandono. ¿Cuáles son las consecuencias de que exista un índice de abandono por parte del padre, en una de cada cuatro familias de niños inhaladores?

Sabemos que esto no es debido sólo a las condiciones socioeconómicas de miseria en las que viven estas familias, pues las FC sólo padecen de este problema en un 7,9%, o sea cuatro veces menos que las FI (gráfica 7B).

La pérdida del padre trae consigo menores ingresos para el grupo familiar, lo que exacerba las condiciones materiales de privación así como las carencias emocionales que esto trae consigo.

Ante esta situación la madre tiene dos opciones: trabajar o aparejarse de nuevo. Frente a la primera, su labor le dará ingresos menores a los que su marido percibía, con la consecuencia de que deberá abandonar el hogar y dejar a los hijos con menor control que las otras familias que pueden poner límites a las conductas farmacodependientes de los niños.

En el caso de aparejarse de nuevo (lo que es muy frecuente) traerá a la casa un padrastro, que si bien puede resolver los problemas económicos del grupo, va a agre-

*La ausencia del padre ocasiona graves crisis dentro de las familias que dan paso a una depresión ambiental muy evidente.*

La ausencia del padre, provoca la necesidad de que los hijos le suplan en sus funciones. Incluso a muy corta edad se ve la necesidad de que trabajen para el mantenimiento del hogar.

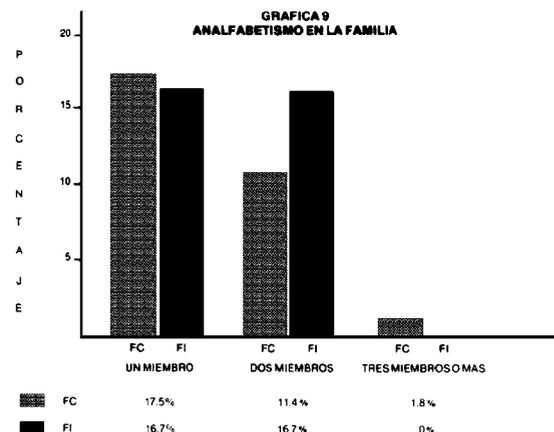
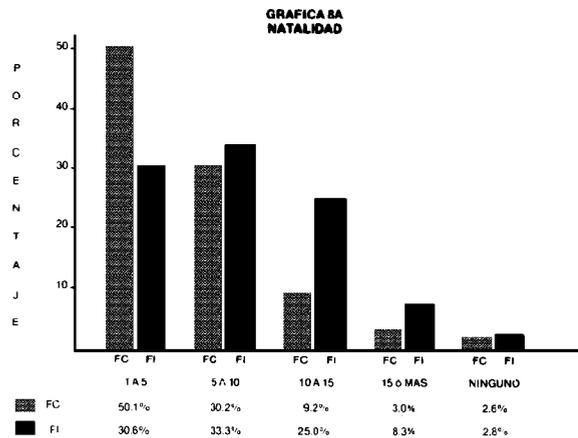
La presencia del padrastro y los conflictos consecuentes, frecuentemente inducen a los niños más grandes a la deserción de la casa, de la escuela y al vagabundeo.

#### d) Natalidad y mortalidad

La organización familiar debe ser vista no sólo a partir de la conducta de los padres sino también desde la estructura misma de la familia. Una visión de la natalidad, de la mortalidad, de la ocupación y de la distribución del ingreso en las FC y FI nos mostrará el marco en que estos trastornos psicológicos y familiares se están desarrollando.

Los altos índices de natalidad dan una dinámica especial a la familia.

El 33,3% de las FI tiene más de 10 niños y el 8,3%, 15 o más. Las FC no tienen estos índices tan elevados, quizá por ser familias de padres jóvenes que en el momento del estudio no han terminado de reproducirse (gráfica 8A).



La alta tasa de natalidad traerá como consecuencia la distribución de los escasos recursos económicos y afectivos de la familia entre muchos miembros, existiendo una proporción directa entre: más natalidad = menos calorías, menos atención por parte de los padres y mayor tensión familiar para llenar las necesidades materiales y emocionales de los niños.

Los índices de mortalidad son muy altos en la colonia, no existiendo gran diferencia entre los grupos (FC, 37.2%; FI, 44.4%). Sin embargo esto nos habla de las terribles carencias que padecen.

#### e) Escolaridad y analfabetismo

No existen diferencias significativas en la escolaridad de ambos grupos, habiendo en general un grado paupérrimo de nivel académico. Sólo el 25.4% o sea una de cada cuatro familias en las FC han logrado superar el tercer año de primaria. El resto de la población o es analfabeto (25.4%) o sólo ha cursado niveles de educación hasta tercer año, lo que sólo lo habilita para leer con dificultad y para hacer cuentas aritméticas rudimentarias. Siguiendo el criterio de las Naciones Unidas, éste también sería analfabeto pues la escuela no le ha capacitado integralmente para ejercitar lo aprendido. Esto causa el llamado analfabetismo por desuso, es decir, cuando un sujeto ha olvidado lo aprendido al no practicarlo en su vida diaria.

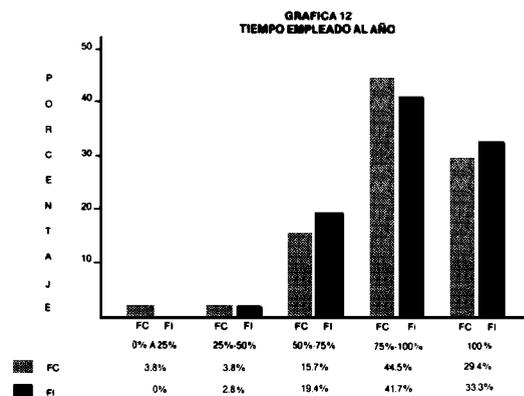
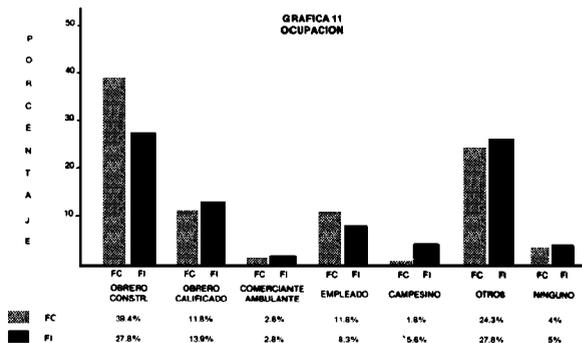
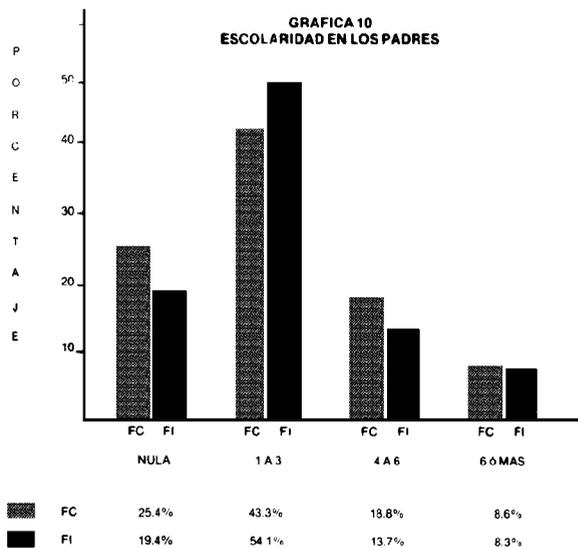
La pobre educación será una de las barreras con las que la labor terapéutica tendrá que tropezar para llegar a la conciencia de estos grupos marginados.

La falta de escolaridad y de información en general causará que las conductas farmacodependientes como la inhalación de solventes industriales y el alcoholismo se practiquen sin tener conciencia de los daños que estos causan a nivel biológico, psicológico y social (gráficas 9 y 10).

La necesidad de dar tratamiento a los grupos que presentan estas características, ha llevado a nuestro equipo de investigación a implementar terapias comunitarias, como el teatro popular.

#### f) Trabajo

Los bajos niveles de escolaridad irán aparejados a una ocupación que dependerá del trabajo físico, más que del intelectual. La labor como albañil, obrero, comerciante ambulante y campesino proveerá para estas familias los ingresos mínimos para su sustento. Un grave problema es la eventualidad del trabajo (gráficas 11 y 12).

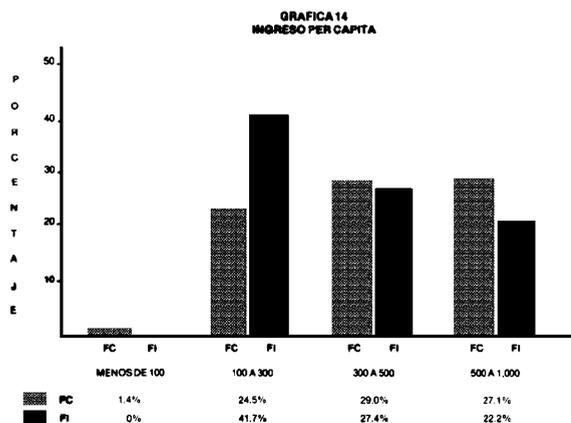
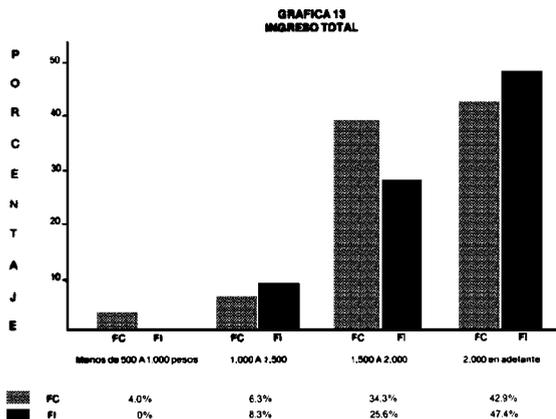


Sólo el 29.4% tendrá trabajo durante todo el año el resto de las familias padecerá en mayor o menor medida el desempleo durante parte del año.

Los mínimos ingresos y la eventualidad del trabajo producirán una incertidumbre económica provocadora de graves desajustes, entre ellos un alto índice de natalidad y desnutrición en los niños. No existen diferencias significativas entre los grupos FC y FI a nivel de ocupación y desempleo.

### g) Ingresos

En general, los ingresos de las FC eran muy bajos, ya que el 25.9% recibía de tres a diez pesos diarios *per capi*



- BERRIEL-GONZALEZ R, BERRIEL-GONZALEZ ME, JAUREGUI R, CONTRERAS-CISNEROS B: Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el centro de integración juvenil "León", en *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Edit. Trillas, México 1977.
- BERRY G: Neuropsychological assessment of chronic inhalant abusers: a preliminary report. *First International Symposium on Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, México 1976.

ta, pero los de las FI eran todavía más bajos, pues el 41.7% de ellas recibía esta misma cantidad (gráficas 13 y 14).

Esta distribución *per capita* es más precaria en las FI por el alto índice de natalidad. Además los padres son muy viejos y en las labores físicas que desempeñan como albañiles o comerciantes ambulantes, los de más edad, ganan menos dinero desempeñando los mismos trabajos, pues su rendimiento físico es menor.

### Conclusiones

De todo lo expuesto, podemos concluir que existe la posibilidad de visualizar algunas características de las familias de pacientes inhaladores de solventes industriales, que son diferentes a las del grupo general de la colonia.

El estudio epidemiológico nos ha permitido conocer:

- Que la incidencia de inhaladores en la colonia estudiada es de 10.1% en las familias con niños en edad de inhalar.
- Que los factores sociales son importantes en la determinación de la farmacodependencia, pero que muchas familias que viven en el mismo contexto social no padecen este problema y que los factores familiares descritos tienen importancia relevante.
- Se hizo un estudio comparativo entre FC y FI lográndose encontrar rasgos significativos que las hacen diferentes.
- El problema del abuso de disolventes entre los niños es un fenómeno que nace en una familia con graves antecedentes de alcoholismo y farmacodependencia en general.
- Las consecuencias de lo anterior, implican que los enfoques terapéuticos deben de contemplar un manejo familiar y no sólo individual.
- Al preguntarnos el por qué hasta el momento, sólo en las áreas marginadas y pobres de nuestro país se desarrolla el fenómeno de inhalación de disolventes, nos contestamos que el marco socioeconómico de miseria de las poblaciones marginadas es el medio de cultivo propicio para este tipo de farmacodependiente.

La existencia de este problema obedece a causas supraestructurales de orden político y económico.

- BERRY G, HEATON R, KIRBY M: Aspectos neuropsicológicos de los abusadores crónicos de inhalantes: un reporte preliminar, en *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Edit. Trillas, México 1977.
- CARROLL E: Notes on the epidemiology of inhalants, review of inhalants: euphoria to dysfunction, *Final Report NIDA IQC No. 271-75-1016*. Work Order No. 21, agosto 1977.
- COHEN S: Inhalant abuse: an overview of the problem,

- review of inhalants: euphoria to dysfunction, *Final Report NIDA IQC No. 271-75-1016. Work Order No. 21, agosto 1977.*
6. COHEN S: ¿Por qué los disolventes? *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Edit. Trillas, México 1977.
  7. CONTRERAS PEREZ CM: *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Edit. Trillas, México 1977.
  8. FROMM E, MACOBY M: *Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano*. Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1974.
  9. GARZA F DE LA, MENDIOLA I, RABAGO S: *Adolescencia Marginal e Inhalantes*. Edit. Trillas, México 1977.
  10. GARZA F DE LA, MENDIOLA I, RABAGO S: *Teatro Popular como Sistema Integral de Diagnóstico. Prevención y Terapia Comunitaria*. En prensa.
  11. KORMAN M, TRIMBOLI F, SEMLER I: Estudio de la inhalación de disolventes en una sala de emergencia psiquiátrica, en *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Edit. Trillas, México 1977.
  12. KORMAN M: Clinical evaluation of psychological factors. review of inhalants: euphoria to dysfunction, *Final Report NIDA IQC No. 271-75-1016. Work Order No. 21, agosto 1977.*
  13. NATERA G: Estudio sobre la incidencia por consumo de inhalantes volátiles en 27 centros de la República Mexicana, en *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Edit. Trillas, México 1977
  14. PRESS E, DONE AK: Solvent sniffing physiologic effects and community control measures for intoxication from the intentional inhalation of organic solvents. *Pediatrics*, 39:451-461, 1967.
  15. SHARP WCh, BREHM MI, Editores: Review of inhalants: euphoria to dysfunction, *Final Report NIDA IQC No. 271-75-1016. Work Order No. 21, agosto 1977.*