

El fenómeno de las adicciones es un problema social y de salud pública que de manera alarmante se ha agudizado en los últimos años, en la mayoría de las naciones del mundo.

Algunos de los aspectos más críticos y preocupantes de este problema son la reducción de la edad de inicio del consumo de drogas, su incremento en los grupos estudiantiles y su cada vez mayor penetración en estratos poblacionales tales como las mujeres y los habitantes de las zonas rurales, los cuales de alguna manera se habían mantenido un tanto al margen o distantes de este problema.

En este contexto y para el caso de nuestro país, el contar con un instrumento de edición periódica y de carácter especializado que permita tener acceso a información técnica sobre tópicos específicos, y que además contribuya al conocimiento de la magnitud, prevalencia, población afectada y su distribución en el ámbito geográfico, etc., se convierte en un elemento estratégico para la formulación y diseño de los programas y acciones a desarrollar para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Este tercer número del Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas busca cumplir con tres grandes objetivos, el primero, dar atención al compromiso asumido por México ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 1998, relativo a publicar información proveniente de un sistema nacional que de cuenta de las dimensiones del problema del consumo y abuso de las drogas en el ámbito nacional.

El segundo objetivo es poner a disposición de los funcionarios encargados del diseño de las políticas de salud, de los prestadores de servicio, de la comunidad académica y población en general; información relevante sobre los resultados de estudios e investigaciones desarrolladas por las instituciones inmersas en la prevención, atención y control de estos problemas.

El tercer objetivo y tal vez el de mayor relevancia para los propósitos del Observatorio es el aportar información para la conformación del panorama epidemiológico sobre la drogadicción en México; propósito para el cual se apoya en la información obtenida a través de los siguientes sistemas:

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) que produce información periódica sobre el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y drogas médicas sin prescripción; con la cual es posible identificar grupos en riesgo, drogas emergentes, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de las drogas sujetas a vigilancia.
- El Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID) el cual opera fundamentalmente para la Ciudad de México, y cuya información se obtiene de 44 instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia del área metropolitana que tiene contacto con la población en general.

Para concluir, establecemos el compromiso de trabajar intensamente para que en los números sucesivos del Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Drogas, se logre enriquecer y dar continuidad a los temas tratados y convertirlo en un documento de consulta obligatoria para los estudiosos de estos temas.

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la salud

Esta edición Del Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, presenta información acerca de cuatro grandes temas relacionados con los siguientes aspectos: El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones; los resultados de las Encuestas en Hogares; los resultados de las Encuestas en Escuelas, y la Reducción de la Oferta.

- En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se describe de manera global y por regiones el patrón de abuso y tendencias de diversas drogas como son la marihuana, inhalables, alcohol, cocaína y heroína.

Es conveniente aclarar que este sistema se ha fortalecido y expandido su cobertura, hasta incluir actualmente al menos una ciudad de cada entidad federativa del país. Las fuentes de información para estos estudios fueron los Centros de Tratamiento; los Servicios de Urgencias Hospitalarias; los Consejos Tutelares para Menores; Servicios Médicos Forenses y el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones.

- El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) presenta la evaluación sobre las drogas más empleadas durante el mes de noviembre del año 2002, las principales características demográficas de los usuarios, sus tendencias y perfiles y los datos de consumo más relevantes.
- El apartado correspondiente a las Encuestas en Hogares presenta los resultados de la Cuarta Encuesta Nacional sobre Adicciones 2002, realizada de manera coordinada entre el Consejo Nacional Contra las Adicciones; el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Dirección General de Epidemiología.

Dentro de los aspectos más relevantes captados por la encuesta y que se presentan en esta publicación del Observatorio están los relativos al uso y abuso de alcohol en México, la situación del consumo del tabaco, y el consumo de drogas. Se destaca también por primera ocasión, la inclusión en la ENA de la población rural como sujeto de observación.

- Las Encuestas en Escuelas, presentan un reporte de prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de licenciatura (Sistema Escolarizado y SUA) de la Facultad de Psicología de la UNAM; Comunidad Escolar de Enseñanza Media y Media Superior de Tamaulipas y estudiantes de nivel medio superior del estado de Querétaro. Asimismo, se muestra cómo han sido las tendencias de consumo de tabaco y alcohol en la Ciudad de México, la edad de inicio para el consumo, así como el inicio temprano como factor importante que facilita el consumo de drogas ilegales y médicas.
- En las tendencias del consumo de cocaína, marihuana e inhalables del Sistema de Reporte de Información en Drogas, se presentan los resultados del comportamiento del consumo de las drogas más empleadas en la ciudad de México durante el período de 1987 a 2000, así como los resultados más relevantes de una evaluación realizada en el mes de noviembre del 2002.
- Esta edición del observatorio, concluye con la presentación del capítulo referente al control de la oferta para enfrentar la reducción de la demanda de drogas en México, como resultado del compromiso contraído por nuestro país ante la OEA en la implantación de un Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) para conocer los esfuerzos antidrogas de los países americanos.

Finalmente, quisiera aprovechar este espacio para invitar a los lectores del Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, para que nos hagan llegar sus comentarios sobre los artículos presentados y el contenido de los mismos, información que será de gran utilidad para la elaboración de nuestras siguientes publicaciones.

Dr. Cristóbal Ruíz Gaytán López
Secretario Técnico del CONADIC

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA)

1

Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) México: 2002

Roberto Tapia-Conyer

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD, SECRETARÍA DE SALUD

Pablo Kuri Morales

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Patricia Cravioto

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Mario Cortés

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Fernando Galván

SUBDIRECTOR DE DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Introducción

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA) que se implementó en 1990, es el producto de la colaboración entre diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales, y ha proporcionado información periódica sobre el uso de tabaco, alcohol, drogas médicas e ilegales. La información del SISVEA permite identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y el abuso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas.

El sistema inició sus actividades hace 13 años en sólo 8 ciudades (la mayoría de ellas localizadas en la frontera norte del país). Actualmente cuenta con información de 53 ciudades, de las cuales el 38% están localizadas en dicha frontera y las restantes en áreas metropolitanas y de recreación.

El SISVEA ha evolucionado hacia la recolección de datos para el conocimiento de diversos indicadores desde diferentes fuentes. El presente informe describe las actividades del SISVEA durante el año 2002.

Fuentes de información

Las fuentes de información para construir los diferentes indicadores se detallan a continuación:

- **Centros de Tratamiento.** De éstos se obtienen las características y patrones de consumo relacionadas con la droga de inicio y con la droga de impacto, que es aquella por la cual los sujetos solicitan atención. La información proviene de centros de tratamiento gubernamentales (Centros de Integración Juvenil) y no gubernamentales (ONG) que participan en las ciudades SISVEA. En el año que se informa los Centros de Integración Juvenil reportaron 18,070 consultas provenientes de sus centros ubicados en 28 entidades federativas, sin representación en Campeche, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala; por otro lado, los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG) reportaron un total de 31,819 demandas de tratamiento en las 51 ciudades SISVEA distribuidas en todo el país, con excepción del estado de Guerrero.
- **Consejos Tutelares de Menores.** Esta fuente proporciona datos específicos sobre el grupo de individuos menores de edad que son detenidos por cometer infracciones. 30 ciudades SISVEA (Agua Prieta, Aguascalientes, Cancún, Cd. Juárez, Celaya, Culiacán, Chetumal, Chihuahua, Durango, Ensenada, Guadalajara, Guanajuato, Hermosillo, Irapuato, León, Matamoros, Mérida, Mexicali, Nogales, Nuevo Laredo, Oaxaca, Pachuca, Querétaro, Reynosa, Salamanca, San Luis Potosí, San Miguel de Allende, Tepic, Tijuana y Zacatecas), informaron en el año sobre 8,700 detenidos, de ellos 5,019 (59.6%) mencionaron consumo habitual de drogas y 1,759 (21.1%) cometieron la infracción bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.

- **Servicios Médicos Forenses.** Aportan información sobre las muertes que ocurrieron en circunstancias no naturales relacionadas con el abuso de drogas que puede ser la causa directa de muerte o un factor contribuyente. En el año 2002 informaron sobre 9,086 defunciones de las cuales 1,415 (15.6%) ocurrieron bajo la influencia de alguna droga.
- **Servicios de Urgencias Hospitalarias.** Refieren los datos obtenidos durante las semanas típicas (una cada semestre), con base en las encuestas centinela realizadas en los 51 servicios de urgencia de hospitales generales y servicios de atención como la Cruz Roja. Las 27 ciudades SISVEA que participaron (Acámbaro, Agua Prieta, Aguascalientes, Cancún, Cd. Juárez, Culiacán, Chetumal, Chihuahua, Durango, Ensenada, Guadalajara, Guanajuato, Hermosillo, León, Matamoros, Mérida, Mexicali, Nogales, Oaxaca, Pachuca, Querétaro, Salamanca, San Francisco del Rincón, San Luis Potosí, San Miguel de Allende, Tijuana y Zacatecas) registraron 10,923 ingresos a los servicios de urgencia de hospitales, de los que 487 (4.5%) se encontraron bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, a su vez 239 (2.3 por ciento) presentaron

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES QUE ACUDEN
A CENTROS DE TRATAMIENTO GUBERNAMENTALES (CIJ)
SEGÚN DROGA DE INICIO 2002

NÚMERO	GLOBAL N = 18070	MARIGUANA n= 2435	INHALABLES n= 1636	ALCOHOL n= 5835	COCAÍNA n= 941	HEROÍNA n= 29	TABACO n = 6441
SEXO							
MASCULINO	85.6	91.6	87.7	86.2	87.5	82.8	83.7
FEMENINO	14.4	8.4	12.3	13.8	12.5	17.2	16.3
EDAD							
5 - 14 AÑOS	8.3	6.6	22.4	32.1	6	0	7.9
15 - 19	29.8	30.2	36.3	26.5	33.0	20.7	31.0
20 - 24	20.8	21.7	16.8	21.4	26.9	13.8	19.9
25 - 29	15.9	15.3	12.3	18.7	17.9	17.2	14.4
30 - 34	10.7	12.2	6.4	12.4	9.2	24.1	9.9
35 >	14.5	14.1	5.9	15.4	6.8	24.1	16.9
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA	86.6	90.4	95.7	84.2	89.2	93.1	84.7
SECUNDARIA	13.1	9.4	4.0	15.6	10.2	6.9	15.0
PREPARATORIA/OTEC.	0.3	0.2	0.3	0.2	0.6	0.0	0.3
PROFESIONAL	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
EDUCACIÓN NO FORMAL	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
OTRO	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ESTADO CIVIL							
SOLTERO	60.2	60.2	75.1	56.2	59.7	41.4	59.9
CASADO	23.1	21.2	11.0	26.6	24.1	20.7	23.7
DIVORCIADO	1.8	2.0	0.7	1.9	1.7	3.4	2.0
VIUDO	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	0.0	0.4
UNIÓN LIBRE	4.5	4.7	3.7	5.3	3.0	10.3	9.7
OTRO/SEPARADO	10.1	11.6	9.3	9.9	11.4	24.1	4.3
NIVEL SOCIOECONÓMICO							
ALTO Y MEDIO-ALTO	14.0	12.2	8.2	15.4	9.7	0.0	16.0
MEDIO-BAJO	53.3	50.8	50.9	53.6	51.4	57.1	54.7
BAJO	24.5	28.8	36.6	22.9	27.7	39.3	20.8
MEDIO	8.1	8.2	4.4	8.2	11.1	3.6	8.5
EDAD DE INICIO							
< 10 AÑOS	4.4	2.5	6.8	4.4	0.5	0.0	5.4
10 - 14	47.8	46.4	65.1	41.0	24.1	20.7	55.0
15 - 19	40.8	45.6	26.4	47.6	45.3	62.1	36.0
20 - 24	4.5	4.1	1.1	5.1	16.1	0.0	2.5
25 - 29	1.5	1.1	0.4	1.3	8.5	6.9	0.5
30 - 34	0.6	0.2	0.0	0.4	3.3	3.4	0.2
35 >	0.5	0.2	0.1	0.2	2.3	6.9	0.2
FRECUENCIA							
DIARIO	54.2	64.5	49.3	19.5	40.2	90.9	80.6
UNA VEZ POR SEMANA	30.8	24.4	34.9	51.8	44.4	4.5	13.8
1-3 VECES POR MES	13.8	10.2	14.0	26.0	13.9	4.5	5.3
1-11 VECES POR AÑO	1.4	1.0	1.8	2.7	1.5	0.0	0.3

Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil (Centros de Tratamiento Gubernamentales)

lesiones por causa externa. Además 2,930 personas (26.8%) mencionaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días.

- **Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).** Es el instrumento mediante el cual se concentra la información de los certificados de defunción en el nivel nacional. La información preliminar del año 2002 proporciona datos sobre 430,288 certificados de defunción que se traduce en una cobertura del 97.7% de las defunciones esperadas para este año, con base en la tasa de mortalidad registrada en 2001 (4.3 por mil habitantes).

Patrón de abuso por tipo de drogas y tendencias

Mariguana

De acuerdo con los Centros de Integración Juvenil (CIJ) durante 2002 los usuarios de mariguana como droga de inicio (2,435) fueron hombres en su mayoría (91.6%), 30.2% tenían entre 15 a 19 años de edad, 90.4% habían cursado sólo el grado de escolaridad de primaria, 60.2 estaban solteros y 50.8% provenían de un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad de inicio del 92.0% de los usuarios de mariguana ocurrió entre los 10 y 19 años de edad, y de ellos 64.5% reportaron usarla a diario. (Cuadro 1)

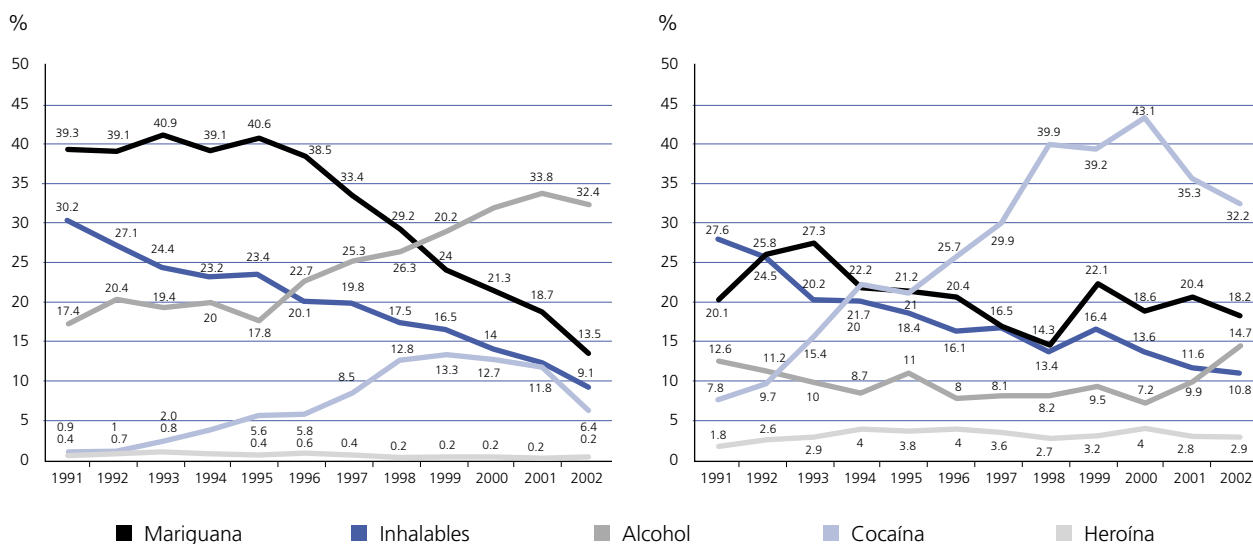
En la actualidad la mariguana es la segunda opción como droga de inicio (13.5%), y como droga de impacto también quedó en segundo lugar (18.2%) (Gráfica 1).

Con base en los informes de los CIJ correspondientes a 2002, la historia natural de la mariguana entre estos pacientes, se sabe que al entrar a tratamiento permanecían como monousuarios en promedio el 11.2%, y 88.8% iniciaron el uso de una segunda droga, usualmente el alcohol (29.8%) y la cocaína (22.5%). De los usuarios de múltiples drogas, 82.8% avanzó a una tercera droga, principalmente cocaína (24.6%), alcohol (20.2%), tabaco (15.0%) o inhalables (12.4%) (Diagrama 1).

De acuerdo con los datos recolectados en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG), la mayoría de los usuarios que iniciaron con mariguana pertenecían al sexo masculino (95.1%); 24.3% tenían entre 35 y más años de edad, 41.8% contaban con escolaridad de secun-

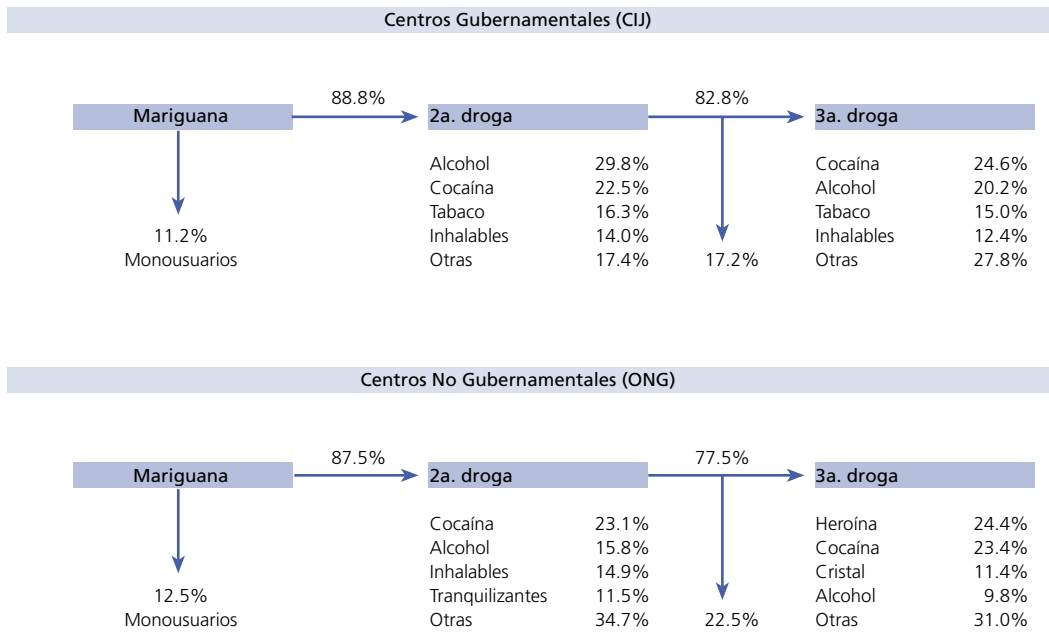
GRÁFICA 1

COMPARACIÓN ENTRE LA DROGA DE INICIO Y LA DROGA DE IMPACTO ENTRE LOS PACIENTES DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO GUBERNAMENTALES (CIJ) 1991 – 2002



Fuente: Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ)

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIGUANA
2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) y No Gubernamentales (ONG)

daria y 55.2% eran solteros. La edad de inicio para el uso de marihuana entre estos pacientes fue entre los 10 a 14 años (49.5%) y 80.9% reportaron uso diario (Cuadro 2).

La marihuana fue la primera droga de elección del 28.9 por ciento de las admisiones a tratamiento en el 2002; como droga de impacto se situó en el cuarto lugar (10.4%) (Gráfica 2).

La historia natural del consumo de marihuana reportado por los Centros de Tratamiento No Gubernamentales, mostró que 12.5% de los ingresos a tratamiento permanecían como monousuarios, mientras que el restante 87.5% habían progresado a una segunda droga, que en orden de importancia fueron: cocaína (23.1%) y alcohol (15.8%), de este grupo, 77.5% habían pasado al consumo de una tercera droga, en su mayoría heroína (24.4%), cocaína (23.4%) y cristal (11.4%) (Diagrama 1).

La información de los Centros Tutelares de Menores Infractores reportó que 37.4% de los 3,261 jóvenes arrestados durante ese año usaban marihuana. La mayoría de esta población fue masculina (96.0%) 57.6% tenían nivel de escolaridad de primaria y 37.7% estaban subempleados, 39.2% tenían tatuajes y 31.0% eran miembros de una pandilla; 36.4% de las infracciones fueron cometidas bajo intoxicación y 50.0% de ellas fueron robos (Cuadro 3).

La información de los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) indicó que 8.3% de las muertes reportadas estuvieron asociadas con marihuana; el grupo prevaleciente fue el de hombres (96.6%), 20.3% tenían 40 y más años de edad, 19.5% de 30 a 34 y de 25 a 29 años, 17.8%. La causa principal de muerte en estos casos fue por arma de fuego (21.2%), la intoxicación quedó en segundo lugar (19.5%); los lugares en donde ocurrieron con más frecuencia fueron en la calle (62.6%) o en la casa (26.1%) (Cuadro 4).

De acuerdo los datos obtenidos de los Servicios de Urgencias Hospitalarias entre los sujetos atendidos y que estaban bajo la influencia de alguna droga, la marihuana ocupó el segundo lugar con 27 pacientes (9%), asociándose principalmente a contusiones (29.6%) (Cuadro 5). Por otro lado, quedó en el quinto sitio con 99 personas (3.4%) cuando se trató del consumo en los últimos treinta días entre aquellos pacientes que solicitaron atención por alguna patología, en este

CUADRO 2

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES QUE ACUDEN
A CENTROS DE TRATAMIENTO NO GUBERNAMENTALES (ONG'S)
"SEGÚN DROGA DE INICIO, 2002"**

NÚMERO	GLOBAL N= 31819	MARIGUANA n= 9201	INHALABLES n= 3624	ALCOHOL n= 8508	COCAÍNA n= 1873	HEROÍNA n= 1084	TABACO n = 5459
SEXO							
MASCULINO	92.5	95.1	93.7	93.4	88.1	91.9	91.0
FEMENINO	7.5	4.9	6.3	6.6	11.9	8.1	9.0
EDAD							
5 -14 AÑOS	1.9	1.2	6.0	1.0	1.1	0.2	2.6
15 - 19	14.7	14.0	27.3	9.4	17.8	3.6	16.4
20 - 24	20.7	22.9	24.8	15.8	24.1	16.6	20.6
25 - 29	19.0	19.9	17.5	17.3	23.1	21.0	18.7
30 - 34	15.8	17.7	11.1	15.6	16.7	18.2	15.1
35 >	27.8	24.3	13.3	40.8	17.3	40.4	26.5
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA	38.4	38.3	57.7	33.9	27.9	44.2	34.9
SECUNDARIA	37.5	41.8	28.2	32.9	42.3	37.4	41.4
PREPARATORIA O TÉC.	16.3	15.0	5.7	20.7	23.0	12.8	17.2
PROFESIONAL	3.5	1.8	0.3	7.3	4.1	1.3	3.3
EDUCACIÓN NO FORMAL	3.8	2.8	8.0	4.5	2.1	3.8	3.0
OTRA	0.4	0.3	0.1	0.7	0.7	0.4	0.2
ESTADO CIVIL							
SOLTERO	53.0	55.2	70.0	44.4	50.9	48.4	52.7
CASADO	22.1	18.4	12.1	29.7	28.5	24.5	20.6
DIVORCIADO	4.3	3.9	2.2	6.2	3.1	6.0	4.0
VIUDO	0.9	0.8	0.7	1.5	0.4	0.8	0.8
UNIÓN LIBRE	12.8	14.3	10.3	10.6	11.7	13.8	14.5
OTRO/SEPARADO	6.9	7.4	4.7	7.6	5.4	6.4	7.3
EDAD DE INICIO							
< 9 AÑOS	5.5	4.8	10.3	4.5	0.6	1.0	9.0
10 - 14	43.5	49.5	55.5	38.0	20.7	12.4	55.0
15 - 19	37.8	37.3	30.6	45.5	40.2	35.1	32.3
20 - 24	7.0	5.2	2.3	7.7	18.1	21.0	2.7
25 - 29	3.3	2.3	0.7	2.5	10.4	15.9	0.7
30 - 34	1.4	0.5	0.2	0.8	5.7	7.6	0.1
35 >	1.3	0.4	0.3	1.0	4.3	6.9	0.3
FRECUENCIA							
DIARIO	73.2	80.9	86.1	48.2	63.2	94.7	86.7
1 VEZ POR SEMANA	20.2	13.9	10.0	38.9	29.2	4.7	9.3
1-3 VECES POR MES	5.3	4	2.8	10.9	5.9	0.5	1.1
1-11 VECES POR AÑO	1.3	1.2	1.1	2.0	1.6	0.1	1.0

Fuente: Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG)

caso la más frecuente fue la psicosis alcohólica (Cuadro 6).

Inhalables

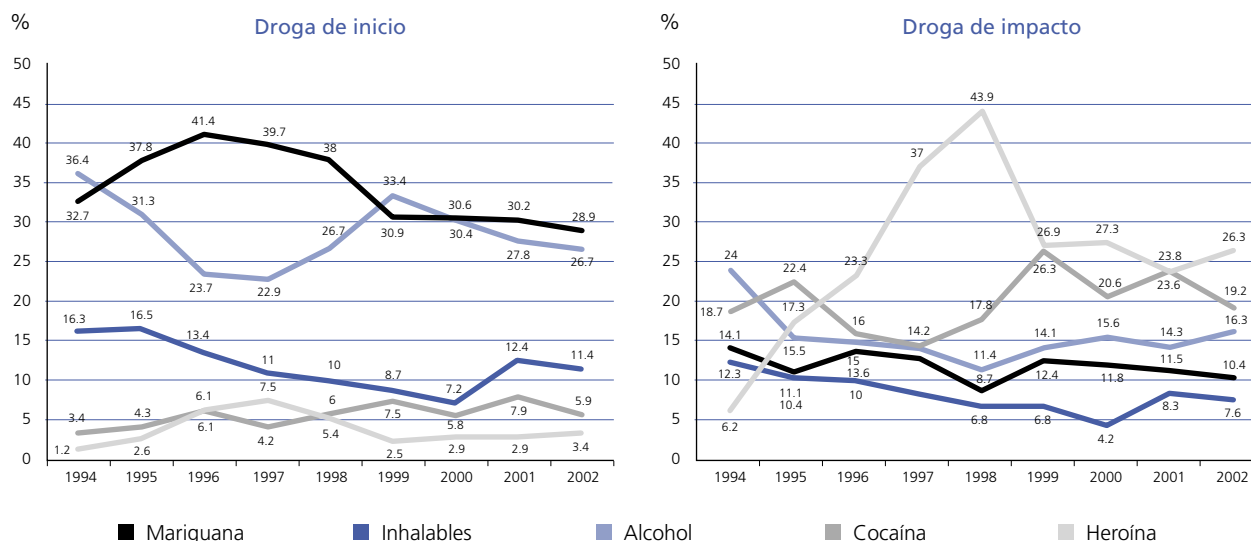
Los usuarios que utilizaron inhalables como droga de inicio atendidos en los Centros de Integración Juvenil fueron hombres en su mayoría (87.7%), con edades entre 15 y 19 años (36.3%). Casi todos los pacientes tenían educación primaria (95.7%), 75.1% estaban solteros y 50.9% pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. Una gran mayoría inició el uso de los inhalables entre los 10 y los 14 años de edad (65.1%); 49.3% los usaba a diario y 34.9% los usaban una vez por semana (Cuadro 1).

Durante el 2002 en los Centros de Tratamiento Gubernamentales los inhalables se situaron como la tercera droga de inicio más reportada (9.1%) y en el cuarto entre las drogas de impacto (10.8%) (Gráfica 1).

Los datos de los Centros de Tratamiento Gubernamentales sobre la historia natural del uso de inhalables mostraron que 22.1% eran monousuarios cuando entraron a tratamiento y 77.9% utilizaban una segunda droga, en su mayoría mariguana (36.3%), alcohol (21.2%) y tabaco (16.4%). De los usuarios múltiples de drogas, 81.5% usaban una tercera droga, en orden de frecuencia mariguana (23.5%), alcohol (21.0%), cocaína (17.4%) o tabaco (14.6%) (Diagrama 1a).

GRÁFICA 2

COMPARACIÓN ENTRE LA DROGA DE INICIO Y LA DROGA DE IMPACTO ENTRE LOS PACIENTES DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO NO GUBERNAMENTALES (ONG'S) 1994 – 2002



Fuente: Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG)

Los Centros No Gubernamentales (ONG) informaron que de los 3,624 pacientes que usaban inhalables como droga de inicio, la mayoría eran hombres (93.7%), 27.3% tenían entre 15 y 19 años de edad. El 57.7% contaban con educación primaria y 70.0% eran solteros. Más de la mitad (55.5%) de los usuarios de inhalables habían iniciado su consumo entre los 10 y los 14 años de edad y 86.1% reportaron usarlos diariamente (Cuadro 2).

Como droga de inicio los inhalables se situaron en el tercer lugar (11.4%) y en el quinto (7.6%) entre las drogas de impacto de los pacientes de los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG) (Gráfica 2).

Dentro de la historia natural de los usuarios de inhalables 64.6% habían progresado a una segunda droga, que en orden de importancia, fueron: la mariguana (51.8%), el alcohol (16.8%) y los tranquilizantes (6.5%). De ellos 76.0% pasaron a una tercera droga, usualmente cocaína (23.6%), mariguana (17.6%), heroína (14.5%) o tranquilizantes (12.8%) (Diagrama 1a).

De acuerdo con la información del Consejo Tutelar de Menores Infractores, 16.1% de estos jóvenes usaban inhalables. La mayoría de ellos del sexo masculino (94.3%), tenían educación primaria (66.8%) y estaban subempleados (42.4%). 43.7% tenían tatuajes y 37.0% pertenecían a una pandilla o banda; 40.2% cometieron la infracción mientras estaban intoxicados y el robo fue el más común de los actos cometidos (49.1%) (Cuadro 3).

En la información recolectada durante las dos semanas típicas de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, 16 pacientes (6.7%) ingresaron bajo el efecto de inhalables, con lesiones por causa externa (18.8% por caídas y un porcentaje igual por envenenamiento o intoxicación) (Cuadro 5). Asimismo, 27 pacientes (0.9%) refirieron haber usado inhalables durante los últimos 30 días y de ellos 25.9% ingresaron por psicosis alcohólica. (Cuadro 6).

Alcohol

Durante el año 2002, los Centros de Integración Juvenil informaron de 18,070 pacientes atendidos, de los que 5,835 fueron por alcohol como droga de inicio, de ellos 86.2% fueron hombres,

CUADRO 3

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y TIPO DE INFRACCIONES
COMETIDOS POR LOS MENORES INFRACTORES USUARIOS DE DROGAS
2002**

	GLOBAL N = 8700	MARIGUANA n = 3261	INHALABLES n = 1404	ALCOHOL n = 1225	COCAINA n = 1845	HEROINA n = 82	TABACO n = 1366
Masculino	92.2%	96.0%	94.3%	92.7%	95.2%	92.7%	Masculino 92.3%
Escolaridad: Primaria	50.4%	Escolaridad: Primaria 57.6%	Escolaridad: Primaria 66.8%	Escolaridad: Primaria 47.4%	Escolaridad: Primaria 58.7%	Escolaridad: Primaria 64.7%	Escolaridad: Primaria 51.5%
Empleado	27.8%	Subempleado 37.7%	Subempleado 42.4%	Empleado 34.2%	Subempleado 38.6%	Subempleado 38.0%	Empleado 31.7%
Con tatuajes	24.1%	Con tatuajes 39.2%	Con tatuajes 43.7%	Con tatuajes 27.5%	Con tatuajes 38.0%	Con tatuajes 40.0%	Con tatuajes 30.8%
Pertenece a una banda	19.4%	Pertenece a una banda 31.0%	Pertenece a una banda 37.0%	Pertenece a una banda 24.4%	Pertenece a una banda 29.0%	Pertenece a una banda 40.0%	Pertenece a una banda 26.4%
Infracción bajo intoxicación	21.1%	Infracción bajo intoxicación 36.4%	Infracción bajo intoxicación 40.2%	Infracción bajo intoxicación 38.5%	Infracción bajo intoxicación 33.6%	Infracción bajo intoxicación 61.0%	Infracción bajo intoxicación 30.6%
Frec. de las infracciones	46.7%	Frec. de las infracciones	Frec. de las infracciones	Frec. de las infracciones	Frec. de las infracciones	Frec. de las infracciones	Frec. de las infracciones
Robo	13.0%	Robo 50.0%	Robo 49.1%	Robo 45.1%	Robo 49.8%	Robo 59.8%	Robo 49.3%
Contra la salud	9.1%	Contra la salud 23.4%	Contra la salud 21.9%	Contra la salud 12.2%	Contra la salud 25.2%	Contra la salud 14.6%	Lesiones 10.0%
Daños	7.1%	Consumo de drogas 8.8%	Consumo de drogas 13.3%	Daños 9.2%	Consumo de drogas 7.4%	Lesiones 12.2%	Daños 7.8%
Lesiones	24.1%	Posesión de arma 5.7%	Posesión de arma 5.9%	Contra la salud 6.9%	Posesión/ arma 6.9%	Violación 4.9%	Contra la salud 7.3%
Otras		Otras 12.1%	Otras 9.8%	Otras 26.6%	Otras 10.7%	Otras 8.5%	Otras 25.6%

"Fuente: SISVEA, Consejo Tutelar de Menores"

32.1% tenían entre 5 y 14 años de edad, y 26.5% entre 15 y 19. Más de la mitad tenían un nivel de escolaridad de primaria (84.2%), 56.2% eran solteros, y también más de la mitad (53.6%) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. Casi la mitad (47.6%) iniciaron el uso del alcohol entre la edad de 15 a 19 años; 51.8% reportaron uso semanal y 26.0% reportaron una frecuencia de uso entre 1 a 3 veces por mes (Cuadro 1).

El alcohol fue la droga más comúnmente reportada como de inicio (32.4%), pero quedó en el tercer sitio (14.7%) como droga de impacto en los CIJ (Gráfica 1).

Cuando el alcohol fue la droga de inicio 92.2 por ciento progresaron a una segunda droga, generalmente el tabaco (47.7%), seguido por la marihuana (21.8%), y la cocaína (17.9%). Del grupo de usuarios de múltiples drogas, 75.8% mencionaron usar una tercera droga, usualmente la marihuana (31.7%), la cocaína (29.8%), y los inhalables (10.5%) (Diagrama 1b).

Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG) informaron que la mayoría de los 8,508 pacientes que iniciaron con alcohol durante el período analizado fueron hombres (93.4%), 40.8% eran de 35 años de edad o mayores, 33.9% contaban sólo con educación primaria; 44.4% eran solteros y la mayor parte de ellos (45.5%) inició el consumo de alcohol a edades entre los 15 y los 19 años; 48.2% reportaron uso diario y 38.9% una vez a la semana (Cuadro 2).

El alcohol quedó en segundo orden como la droga de inicio (26.7%) y en el tercero como la droga

CUADRO 4

TIPO DE MUERTE BAJO INTOXICACIÓN SEGÚN DROGA
2002

NÚMERO	GLOBAL N= 1415	ALCOHOL n = 1151	MARIGUANA n = 118	OPIOIDES * n = 86
SEXO		%	%	%
MASCULINO	92.6	94.0	96.6	89.5
FEMENINO	7.4	6.0	3.4	10.5
EDAD				
10 - 14 AÑOS	0.8	0.8	1.7	0.0
15 - 19	7.0	5.7	13.6	4.7
20 - 24	14.4	14.5	15.3	14.0
25 - 29	14.1	13.7	17.8	18.6
30 - 34	12.4	11.4	19.5	25.6
35 - 39	12.9	12.8	11.9	18.6
> 40	38.3	41.2	20.3	18.6
CAUSA DE LA DEFUNCIÓN				
ATROPELLADO	10.8	12.3	5.1	1.2
ACCIDENTE DE TRÁFICO	14.6	16.8	5.1	0.0
CAÍDA	4.3	5.2	0.8	0.0
ELECTROCUTADO	0.2	0.2	0.8	0.0
QUEMADO	0.4	0.4	0.0	0.0
GOLPES	4.8	5.2	5.9	2.3
ASFIXIA	16.9	17.7	12.7	3.5
APLASTAMIENTO	0.1	0.1	0.0	0.0
ARMA DE FUEGO	10.4	8.8	21.2	4.7
OBJ. PUNZOCORTANTE	5.3	5.7	13.6	1.2
INTOXICADO	10.3	5.0	19.5	83.7
OTRO	22.0	22.6	15.3	3.5
LUGAR DE LA DEFUNCIÓN				
ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO	18.8	21.6	5.2	3.5
CASA	29.0	29.7	26.1	20.9
CALLE	38.4	36.3	62.6	62.8
BAÑOS PÚBLICOS	2.2	1.1	0.0	0.0
ÁREAS DE RECREACIÓN	2.2	2.6	0.9	0.0
TRABAJO	0.7	0.8	0.9	0.0
ÁREAS DE SERVICIOS	3.4	3.0	1.7	0.0
OTRO	5.4	4.9	2.6	12.8

N = 9086

* Opio, morfina y heroína

Fuente: SISVEA, Servicios Médico Forense

CUADRO 5

PROPORCIÓN DE PACIENTES BAJO INFLUJO DE DROGAS, ATENDIDOS DEBIDO A LESIONES POR CAUSA EXTERNA"
EN SERVICIOS DE URGENCIAS, SEGÚN TIPO DE DROGA
2002

Lesiones por causa externa (%)	Alcohol (n = 190)	Marihuana (n = 27)	Inhalables (n = 16)	Cocaína * (n = 26)	DROGA				Cristal (n = 7)	Otras Drogas Médicas ** (n = 2)	Otras Drogas Ilegales *** (n = 1)
					Tabaco (n = 4)	Tranquilizantes (n = 10)	Heroína (n = 4)	Heroina (n = 4)			
Accidente de automóvil	15.3	3.7		11.5	25.0			28.6			
Atropellamiento	2.6	3.7	6.3	3.8							
Caida	24.7	18.5	18.8	11.5		40.0	25.0	14.3			
Envenenamiento o intoxicación	2.6	7.4	18.8	7.7		20.0		14.3	50.0		
Contusiones	29.5	29.6	12.5	30.8	25.0		25.0	14.3			
Herida arma de fuego	1.1	7.4						28.5			
Herida arma blanca	14.2	18.5	12.5	19.2		20.0				100.0	
Violación	1.1		6.3	7.7	50.0						
Asfixia				3.8	0.0						
Otros	8.9	11.2	24.8	4.0	0.0	20.0	25.0	0.0	50.0	0.0	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

* Cocaína, Basuco, Crack

** Cristal, Anfétaminas

*** Barbitúricos, Anticolinérgicos, Antidepresivos, Morfina.

**** Alucinógenos, Otros Psicotrópicos

n = 239

Nota: La suma total por tipo de droga es mayor al número de pacientes (239) debido al multiuso de drogas

Fuente: SISVEA, Servicios de Urgencias de 27 ciudades.

CUADRO 6

PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE SOLICITARON ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA POR PATOLOGÍA, SEGÚN DROGA CONSUMIDA LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, DURANTE EL 2002

Patologías (%)	Tabaco (n = 1407)	Alcohol (n = 1678)	Analgésicos (n = 801)	Tranquilizantes (n = 302)	DROGA Anfetaminas (n = 66)	Marihuana (n = 99)	Inhalables (n = 27)	Cocaína (n = 66)	Heroína (n = 26)	Alucinógenos (n = 7)
Bronquitis / Enfisema / Asma	5.9	5.0	9.1	5.0	6.1	4.0	0.0	3.0	0.0	14.3
CA de Tráquea/Bronquios	0.5	0.4	1.1	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Enf. Isquémica del corazón	1.1	0.9	3.0	2.6	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hipertensión	7.4	7.1	12.7	13.9	12.1	6.1	0.0	7.6	3.8	0.0
Enf. Cerebro-vascular	0.7	0.9	1.1	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otra Afeción Neurológica	1.9	1.4	2.9	8.3	1.5	1.0	0.0	1.5	0.0	0.0
Cirrosis / Gastritis	8.2	7.3	5.0	7.6	10.6	11.1	3.7	10.6	7.7	0.0
Sangrado del tubo digestivo	3.6	3.5	1.7	3.6	1.5	3.0	3.7	1.5	0.0	0.0
Urgencias Quirúrgicas	6.0	5.7	4.0	3.0	4.5	7.1	7.4	10.6	3.8	28.6
Psicosis Alcohólica	2.7	4.1	1.0	3.6	9.1	13.1	25.9	18.2	26.9	0.0
Afeción Gineco - obstétrica	2.0	1.7	2.1	1.0	1.5	3.0	3.7	3.0	0.0	0.0
Afeción Osteo - muscular	13.4	14.0	10.9	11.3	3.0	11.1	11.1	6.1	3.8	28.6
Afeción Dermatológica	3.1	2.7	2.0	2.3	3.0	3.0	3.7	4.5	11.5	0.0
Diabetes Mellitus	5.0	3.9	10.0	13.2	6.1	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sida	0.4	0.3	0.4	1.0	0.0	3.0	3.7	3.0	7.7	0.0
Otras	38.1	41.1	33.0	20.6	39.5	32.5	37.1	30.4	34.8	28.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

n = 2930

Nota: La suma total por tipo de droga es mayor al número de pacientes (2930) debido al multiuso de drogas

Fuente: SISVEA, Servicios de Urgencias de 27 ciudades.

de impacto (16.3%) en los Centros No Gubernamentales (ONG) (Gráfica 2).

La historia natural del abuso del alcohol proporcionada por los Centros de Tratamiento No Gubernamentales durante 2002 muestra que 25.7% eran usuarios de alcohol únicamente, mientras que los restantes 74.3% habían progresado a una segunda droga, generalmente la marihuana (37.5%), la cocaína (23.3%) y el tabaco (17.3%). El 67.0% pasó a una tercera droga, usualmente la cocaína (32.0%), la marihuana (20.2%) y el cristal (10.5%) (Diagrama 1b).

Entre los menores infractores, 14.1% de ellos reportaron abuso de alcohol. La mayoría de ellos eran hombres (92.7%) y 47.4% tenían educación primaria, el 34.2% eran empleados, 27.5% tenían tatuajes, y 24.4% eran miembros de una banda. Más de la tercera parte de estos jóvenes (38.5%) cometieron infracciones mientras estaban intoxicados, y el robo fue la más común de ellas (45.1%) (Cuadro 3).

De acuerdo con los Servicios Médicos Forenses el abuso de alcohol se asoció en 81.3% de las muertes asociadas a drogas, la gran mayoría eran hombres (94.0%) y 41.2% eran de 40 o más años de edad. La causa principal de éstas muertes fue por asfixia (17.7%) y en el segundo lugar fue por accidente de tránsito (16.8%); el sitio más frecuente en donde ocurrió la defunción fue la calle (36.3%) o la casa (29.7%) (Cuadro 4).

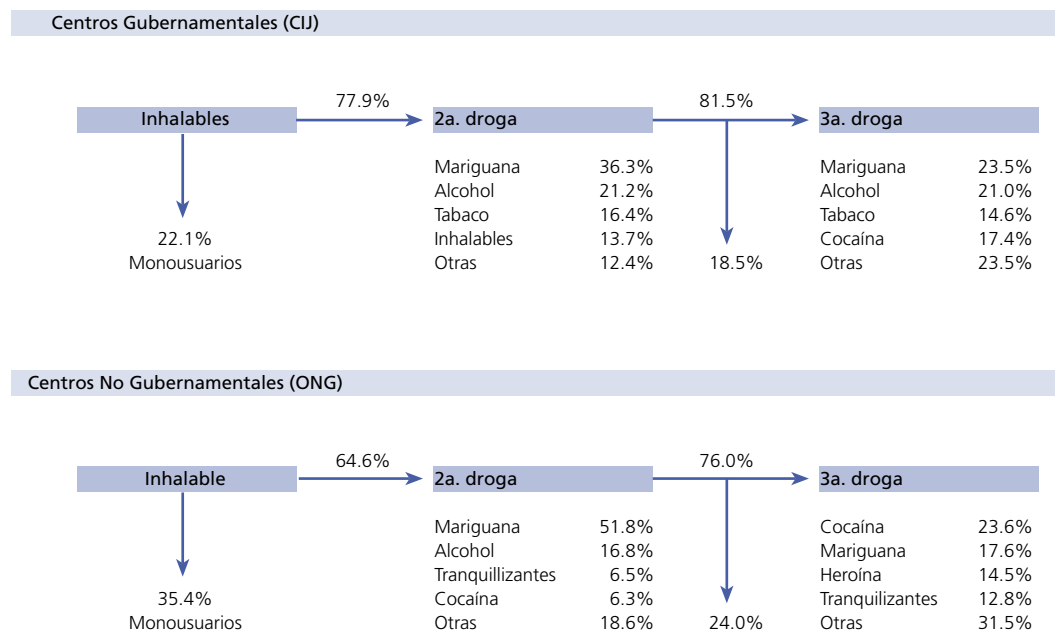
En la información de los Servicios de Urgencias Hospitalarias se encontró que el alcohol ocupó el primer lugar con 190 casos (79.5%) en los sujetos que estaban bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, asociándose principalmente a contusiones (29.5%), caída (24.7%) o accidente automovilístico (15.3%) (Cuadro 5); por otro lado, 1,678 pacientes mencionaron haber consumido alcohol en los últimos 30 días, ocupando así también el primer sitio, en este grupo las patologías más frecuentes fueron: afección osteo-muscular (14%) y cirrosis o gastritis (7.3%) (Cuadro 6).

Cocaína

Los Centros de Integración Juvenil, informaron que los usuarios de cocaína como droga de inicio

DIAGRAMA 1a

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALABLES 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) y No Gubernamentales (ONG)

durante 2002 fueron en su mayoría hombres (87.5%), 33.0% estaban entre las edades de 15 a 19 años, 89.2% tenían educación primaria, 59.7% eran solteros, y 24.1% estaban casados. Más de la mitad (51.4%) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo, 45.3% habían iniciado el uso de cocaína entre las edades de 15 a 19 años, y casi la mitad la usaban una vez a la semana (44.4%) seguidos por aquellos que la consumían a diario (40.2%) (Cuadro 1).

Entre los pacientes de los CIJ la cocaína se ubicó en el cuarto lugar entre las drogas de inicio (6.4%) y en el primero como la droga que los llevó a demandar tratamiento (32.2%) (Gráfica 1).

La historia natural de la cocaína muestra que 38.0% permanecían como monousuarios cuando entraron a tratamiento, mientras que el resto estaban usando una segunda droga, generalmente el alcohol (31.7%), la marihuana (24.8%) y el tabaco (16.8%). De los usuarios de múltiples drogas, 61.1% habían iniciado el uso de una tercera droga alternándola o combinándola principalmente con alcohol (27.8%) tabaco (26.2%) y marihuana (16.6%) (Diagrama 1c).

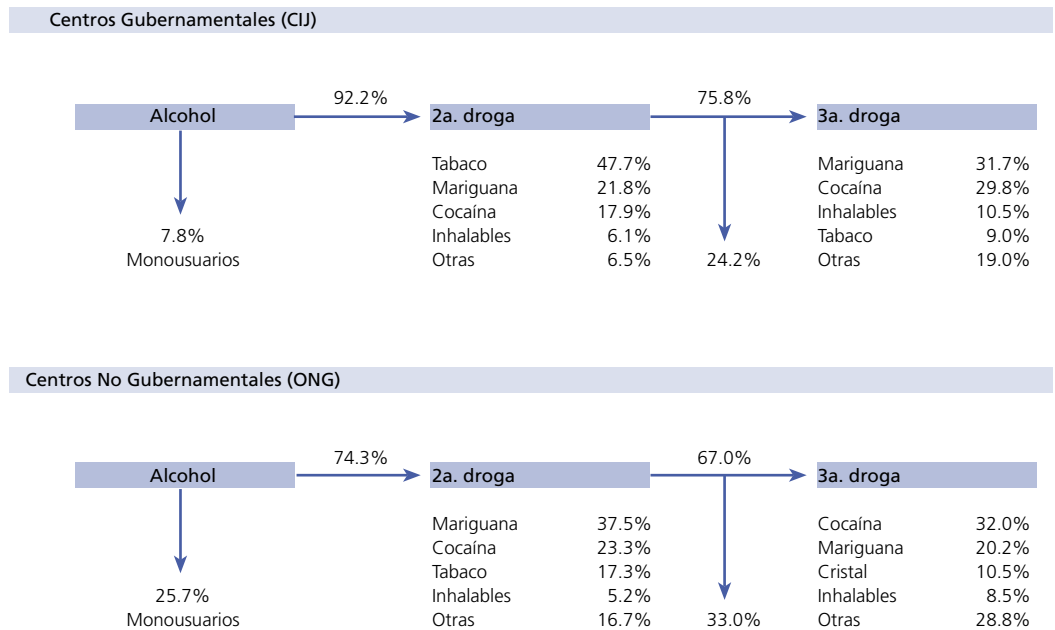
De quienes utilizaron cocaína como primera droga y que fueron atendidos en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 88.1% eran hombres, 24.1% estaban entre los 20 a 24 años de edad; 42.3% tenían un nivel de escolaridad de secundaria y 50.9% estaban solteros, 40.2% iniciaron el uso de la cocaína entre los 15 y los 19 años de edad; 63.2% reportaron uso diario, y 29.2% mencionaron uso semanal (Cuadro 2).

Como droga de inicio la cocaína ocupó el cuarto sitio en 5.9% de los casos y el segundo como droga de impacto (19.2%) (Gráfica 2).

La historia natural del abuso de la cocaína de acuerdo a lo informado por los Centros de Tratamiento No Gubernamentales, mostró que 38.0% permanecían como monousuarios, pasando a una segunda droga el 62.0% generalmente la marihuana (25.1%), la heroína (19.3%), el alcohol (18.5%) y el cristal (17.0%). De los usuarios de múltiples drogas, 44.5% pasaron a consumir una tercera droga, principalmente la marihuana (18.2%) el cristal (15.5%) o el alcohol (13.2%) (Diagrama 1c).

DIAGRAMA 1b

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL
2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) y No Gubernamentales (ONG)

El Consejo Tutelar de Menores informó el uso de cocaína entre el 21.2% de los jóvenes. Ellos en su mayoría pertenecían al sexo masculino (95.2%), más de la mitad tenían educación primaria (58.7%) y su ocupación era de subempleados (38.6%) 38.0% tenían tatuajes, sólo 29.0% eran miembros de una banda. Una tercera parte de los menores infractores (33.6%) cometieron el acto bajo intoxicación, el robo fue la más frecuente de las infracciones (49.8%) (Cuadro 3). De acuerdo con la información de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, entre los pacientes que ingresaron bajo el efecto de alguna droga, la cocaína se situó en el tercer lugar con 26 personas (10.9%), asociándose en orden de frecuencia con contusiones (31%) y herida por arma blanca (19%) (Cuadro 5). Asimismo, 66 pacientes (2.3%) refirieron haberla consumido en los últimos treinta días, quedando en el sexto lugar, asociándose principalmente a las siguientes patologías: psicosis alcohólica (18%) cirrosis y urgencias quirúrgicas con 10.6% cada una (Cuadro 6).

Heroína

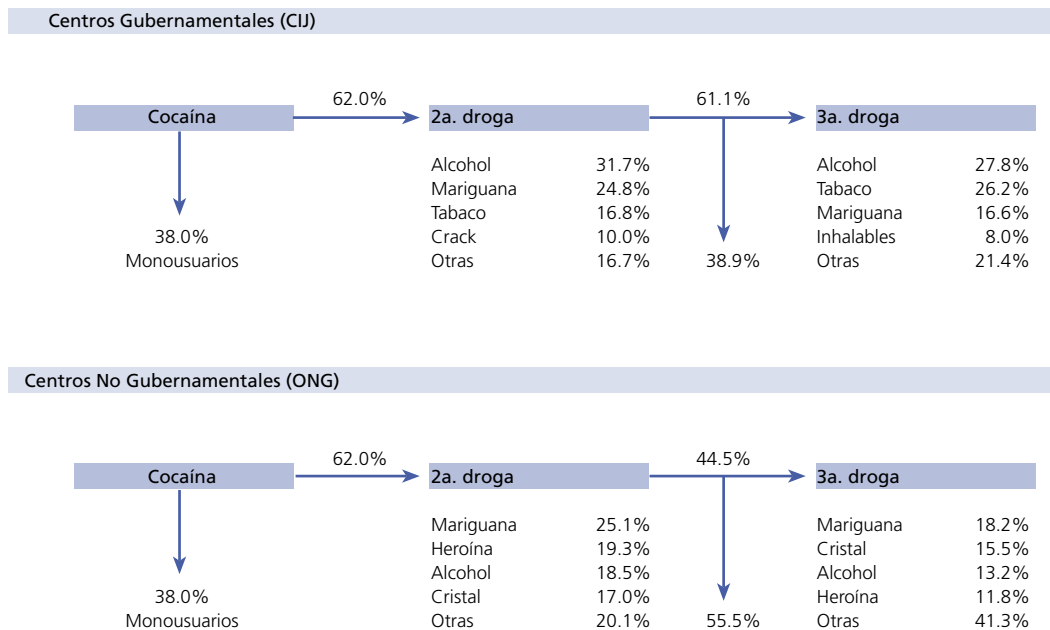
De acuerdo con los Centros de Integración Juvenil, los usuarios que comenzaron el consumo de drogas con la heroína durante el año que se informa, fueron hombres en su mayoría (82.8%), en el 24.1% su edad estaba entre los 30 a 34 y los 35 y más años, 93.1% contaban con educación primaria, 41.4% estaban solteros y casados el 20.7%, 57.1% pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo y el 39.3 de un nivel socioeconómico bajo. La edad de inicio para el 62.1% de los usuarios de heroína ocurrió entre los 15 y los 19 años de edad y de ellos, 90.9% reportaron uso diario (Cuadro 1).

De los 29 pacientes atendidos en los CIJ durante 2002 sólo 0.2% reportaron a la heroína como droga de inicio, pero como droga de impacto se situó en el rango del quinto lugar (2.9%) (Gráfica-1).

De acuerdo con la información obtenida en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG), los usuarios que iniciaron con heroína en su mayoría pertenecían al sexo masculino (91.9%);

DIAGRAMA 1c

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) v No Gubernamentales (ONG)

40.4% tenían 35 o más años de edad. 44.2% habían cursado sólo la educación primaria y 48.4% estaban solteros. La edad del primer uso de heroína entre estos pacientes fue entre los 15 y los 19 años de edad (35.1%) y 94.7% reportaron usarla diariamente (Cuadro 2).

Desde 1994 la heroína como droga de inicio se ha ido incrementando (3.4%), y como droga de impacto la heroína ha sido la primera causa de demanda de tratamiento en Centros No Gubernamentales (26.3%). En comparación con el 2001 su incremento ha sido significativo (Gráfica 2).

La información de los Consejos Tutelares de Menores reportó que el 0.9% de los menores infractores detenidos durante el 2002 usaron heroína. La mayoría de esta población pertenecía al sexo masculino (92.7%), 64.7% tenían educación primaria, y el 38.0% eran subempleados; 40.0% tenían tatuajes y eran miembros de alguna banda respectivamente, 61.0% de las infracciones fueron cometidas bajo intoxicación y el robo fue la falta más común (59.8%) (Cuadro 3).

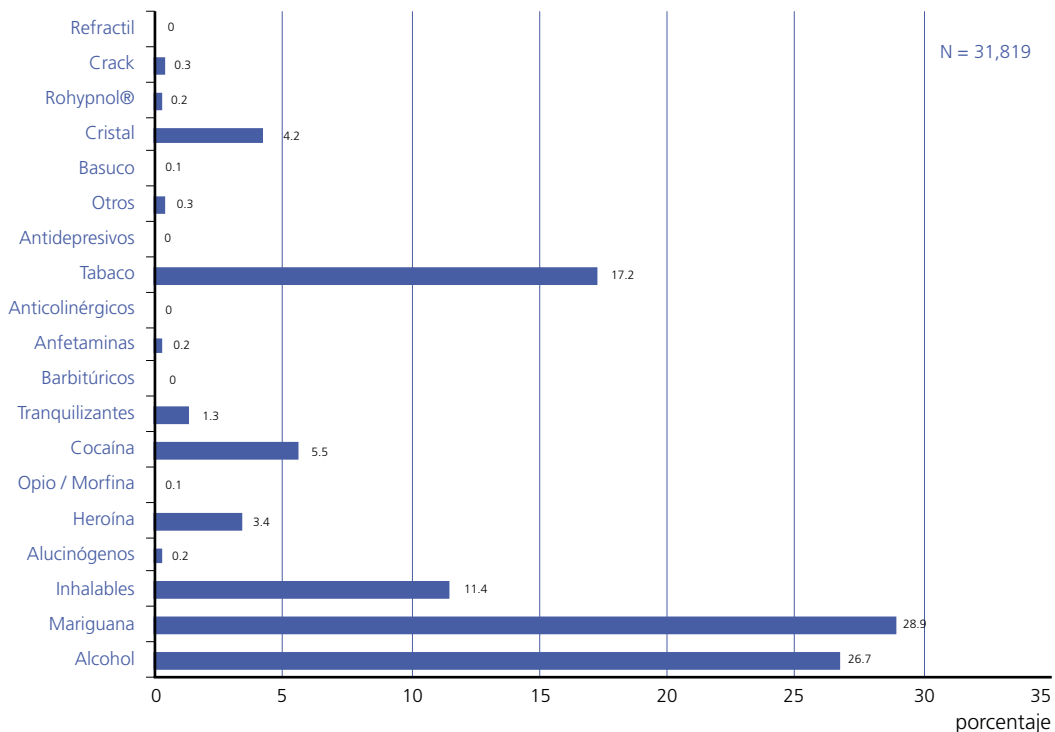
Las semanas típicas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias mostraron que 4 pacientes (1.7%) que ingresaron por lesiones por causa externa se encontraban bajo el efecto de la heroína, (caída 25%, contusiones 25% y herida por arma de fuego 25%) (Cuadro 5) y entre aquellos que ingresaron por alguna otra patología 26 sujetos (0.9%) mencionaron consumo de heroína en los últimos 30 días, situándose en el noveno lugar, asociando principalmente a psicosis alcohólica (26.9%), afección dermatológica (11.5%) SIDA y cirrosis hepática 7.7% cada una (Cuadro 6).

Tabaco

De la información proporcionada por los Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) en el año 2002, el tabaco como droga de inicio fue el primer lugar la demanda de atención con 6,441 sujetos (36.7%), aunque en su mayoría eran hombres (83.7%) el sexo femenino abarcó un alto porcentaje (16.3%), 20% tenían entre 20 y 24 años de edad, 84.7% mencionaron estudios de nivel

GRÁFICA 3

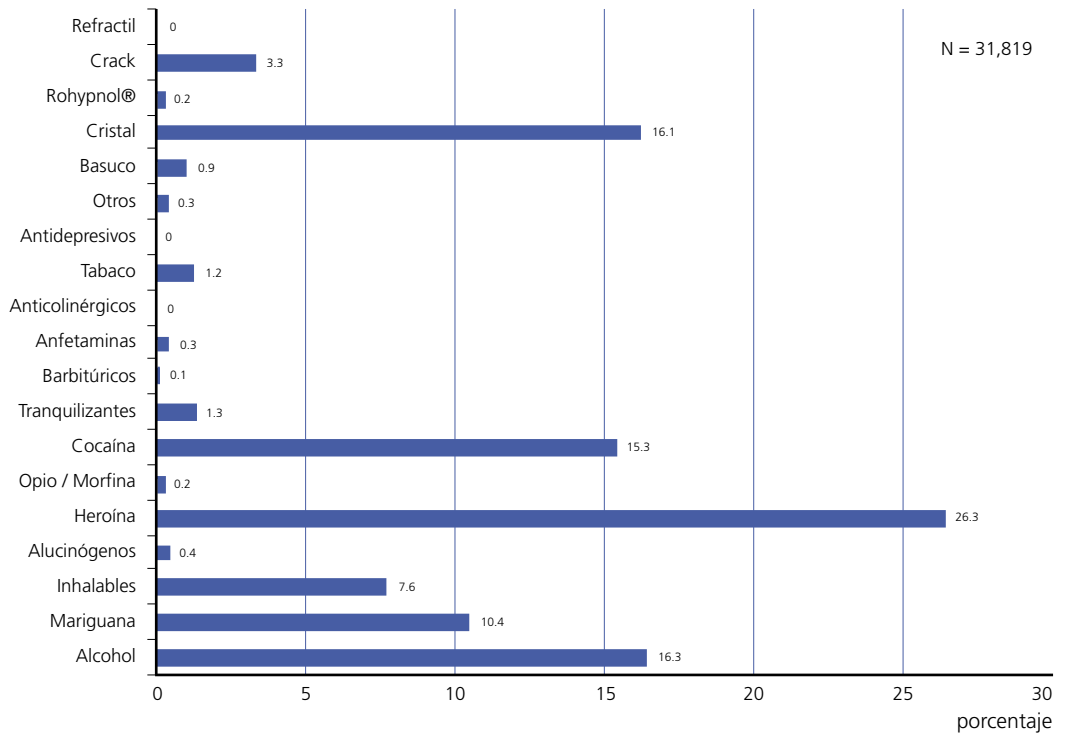
DRUGA DE INICIO EN PACIENTES DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO NO GUBERNAMENTALES (ONG's), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's)

GRÁFICA 4

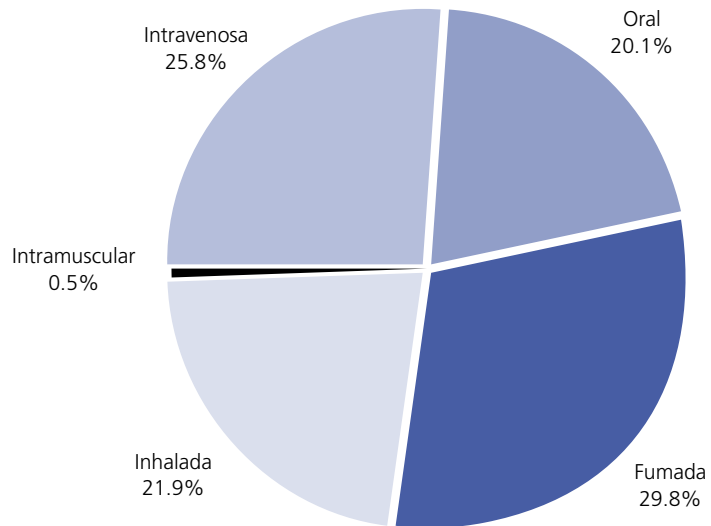
DROGA DE IMPACTO EN PACIENTES DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO NO GUBERNAMENTALES (ONG's), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's)

GRÁFICA 5

DROGA DE IMPACTO SEGÚN VÍA DE USO EN PACIENTES DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO NO GUBERNAMENTALES (ONG's), 2002

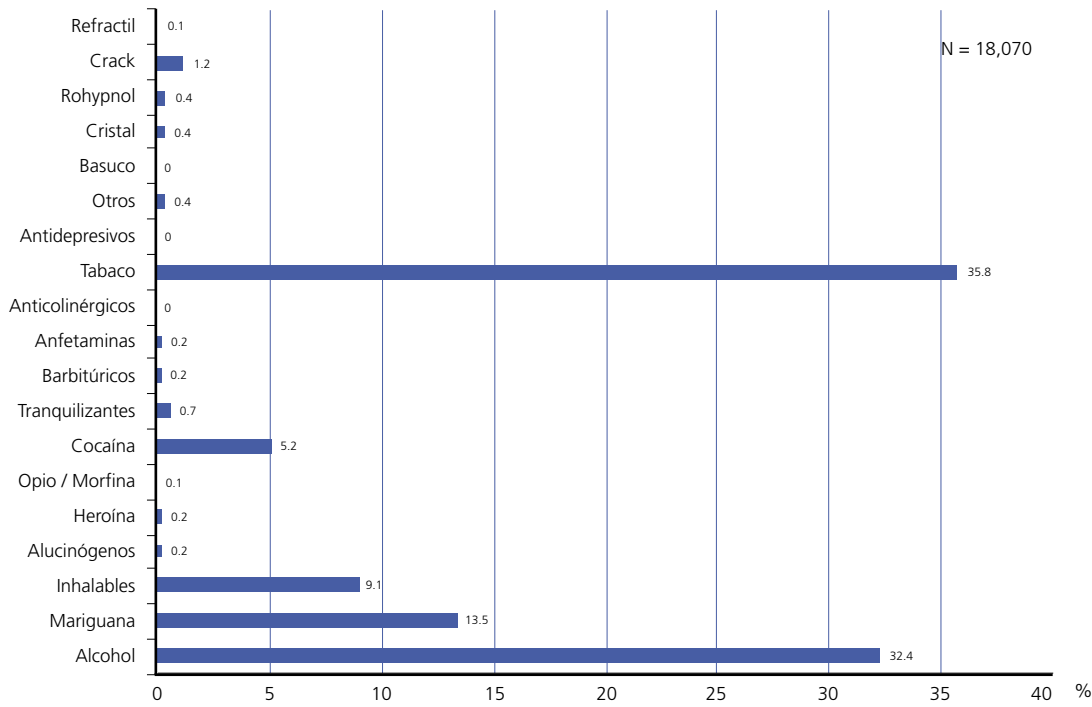


N = 31,819

Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales

GRÁFICA 6

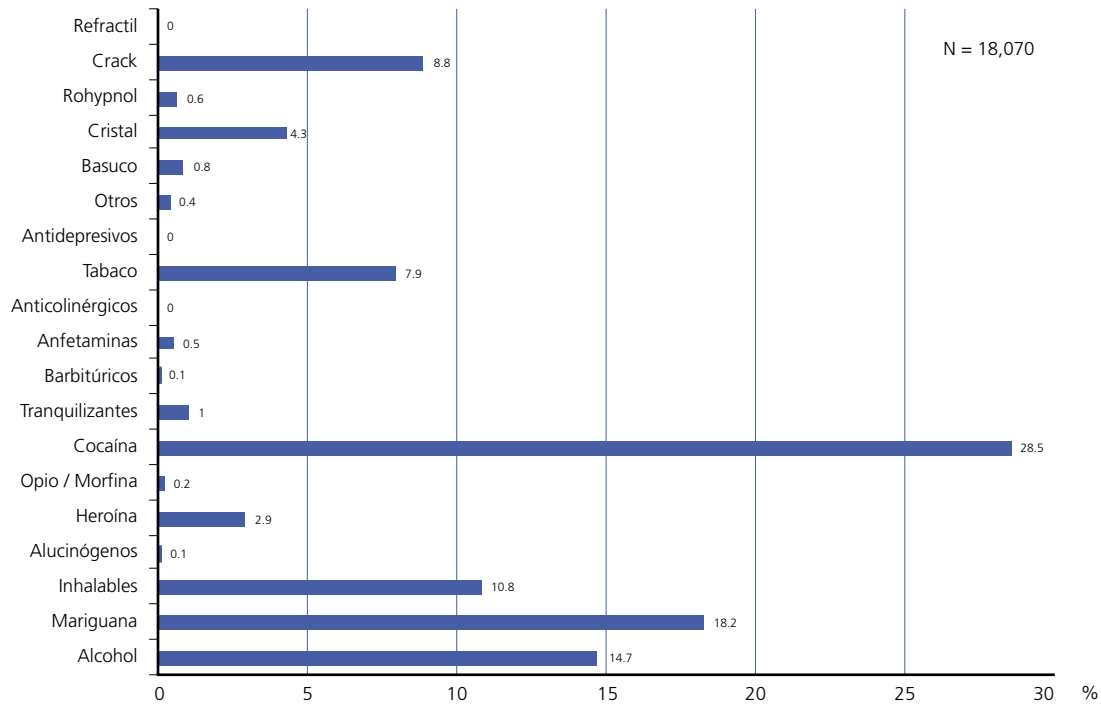
DROGA DE INICIO EN PACIENTES DE LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil

GRÁFICA 7

DROGA DE IMPACTO EN PACIENTES DE LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil

primaria, 59.9% estaba solteros y 54.7% pertenecían al nivel socioeconómico medio-bajo. La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas fue entre los 10 y los 14 años (55%); el 80.6% mencionó consumirlo a diario (Cuadro 1).

Entre la población que acudió a los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG), el tabaco como droga de inicio, se ubicó en el tercer lugar con 5,459 personas (17.2%), de los que 91% fueron hombres, 26.5% tenían 35 años o más de edad, el 52.7% estaban solteros, 55% mencionaron al grupo de 10 a 14 años como la edad de inicio de consumo, 86.7% lo consumían a diario (Cuadro 2).

El Consejo Tutelar de Menores informó el uso de tabaco entre el 15.7% de su población. En su mayoría pertenecían al sexo masculino (92.3%) más de la mitad tenían educación primaria (51.5%) y su ocupación era de empleados (31.7%). El 30.8 por ciento tenían tatuajes, sólo el 26.4% eran miembros de una banda. Casi la tercera parte de los menores infractores (30.6%) fumaban al momento del delito y el robo fue la más frecuente de las infracciones (49.3%) (Cuadro 3).

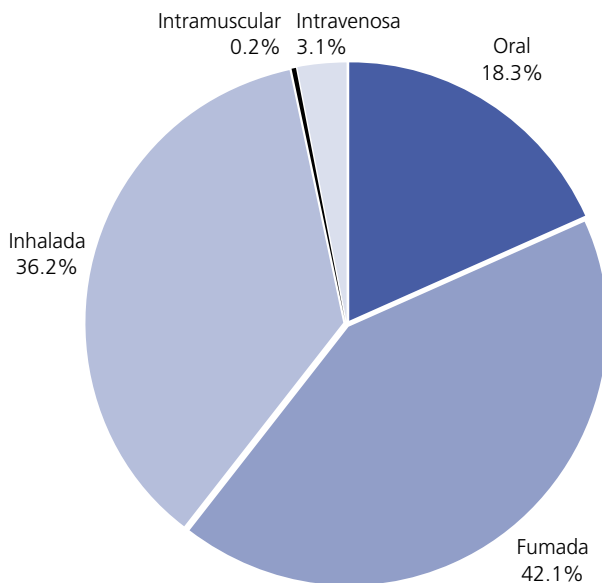
De acuerdo con la información de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, entre los 239 pacientes que ingresaron por lesiones por causa externa bajo el efecto de alguna droga, 4 de ellos mencionaron al tabaco (1.7%) (Cuadro 5), sin embargo, de los 2,930 pacientes que ingresaron y que mencionaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días, 1,407 (48%) utilizaron el tabaco, asociándose principalmente con afecciones osteo-musculares, cirrosis hepática e hipertensión (Cuadro 6).

Resultados en forma global y por regiones

Con base en la información proporcionada por los Organismos no Gubernamentales (ONG) en 51 ciudades y por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 44 ciudades, en el periodo de enero a diciembre del 2002, se observa que en los primeros la droga de inicio que refieren los pacientes es la marihuana en un 28.9%, el alcohol con el 26.7% y el tabaco con el 17.2% (Gráfica 3).

GRÁFICA 8

DROGA DE IMPACTO SEGÚN VÍA DE USO EN PACIENTES DE LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ), 2002



N = 18,070

Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil

Entre las drogas de impacto que refieren sus pacientes, la heroína ocupa el primer lugar, alcanzando el 26.3%, el alcohol con 16.3%, el cristal con 16.1% y la cocaína con 15.3%, (Gráfica 4).

Con referencia a la vía de administración de las drogas de impacto, para el grupo antes señalado, se observa que el fumar es la vía de administración principal, reportándose en el 29.8%, la vía intravenosa alcanzó el 25.8%, inhalada y oral el 21.9 y 20.1% respectivamente en tanto que la vía intramuscular sólo alcanzó el 0.5% (gráfica 5).

Entre los pacientes que acuden a Centros de Integración Juvenil se observa que la drogas de inicio preferidas son el tabaco con el 35.8%, el alcohol con el 32.4% y la mariguana con el 13.5% (gráfica 6). La droga que tiene mayor impacto en estos pacientes, es la cocaína con el 28.5%, seguida de la mariguana con el 18.2% y el Alcohol con el 14.7% (gráfica 7).

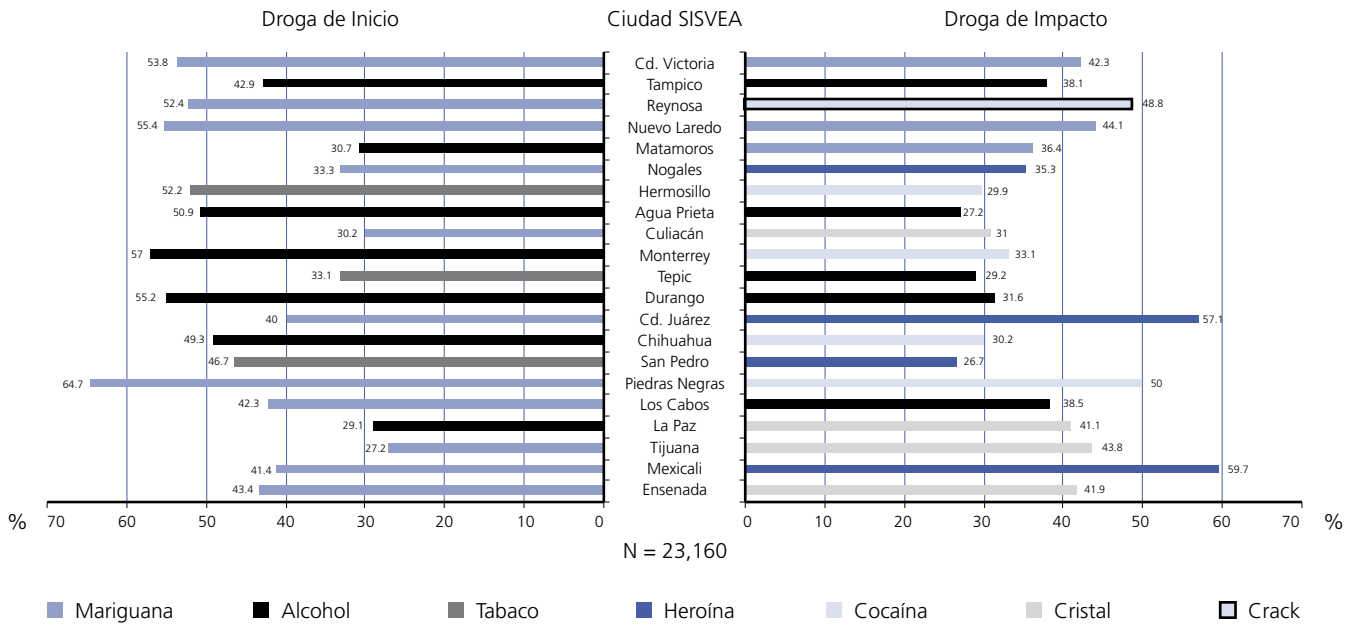
Según la vía de uso de la droga de impacto en este mismo grupo de población, se observa que el fumar se reportó en 42.1% de los casos, el consumo oral fue del 18.3%, y el 36.2% es inhalada, mientras que la vía intravenosa e intramuscular se reportaron en el 3.1% y 0.2% respectivamente (Gráfica 8).

Es importante señalar que en los ONG y en los CIJ, los antidepresivos y los anticolinérgicos no se reportaron como drogas de inicio ni de impacto.

Al integrar por zonas las ciudades que forman parte del SISVEA, se obtiene que para la zona norte, las ONG, abarcan 21 ciudades en las que se refiere la mariguana como droga de inicio en Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Nogales, Culiacán, Ciudad Juárez, Piedras Negras, Los Cabos, Tijuana, Mexicali y Ensenada, con porcentajes entre el 27.2 y el 64.7%. Las que refieren como droga de inicio el alcohol fueron Tampico, Matamoros, Agua Prieta, Monterrey, Durango, Chihuahua y La Paz, siendo mayor en Monterrey con el 57%, y menor en La Paz con el 29.1%, por último como droga de inicio se identifica al Tabaco en Hermosillo, Tepic y San Pedro de las

GRÁFICA 9

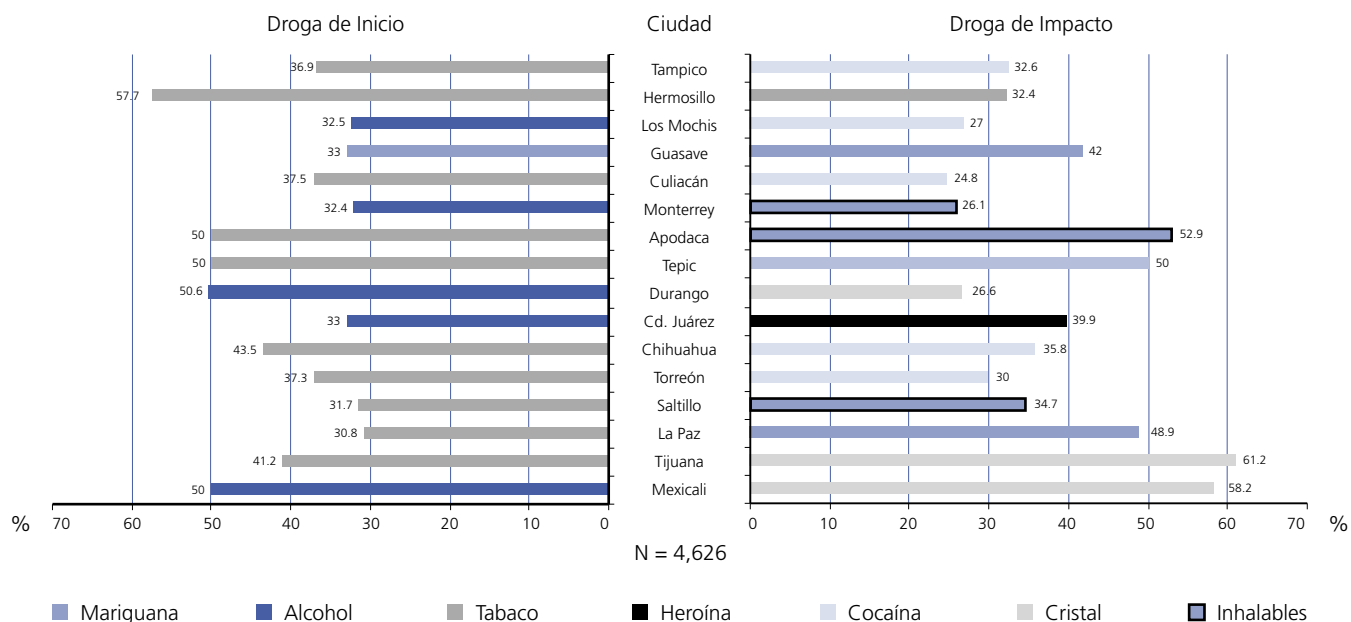
DROGA DE INICIO Y DROGA DE IMPACTO MÁS FRECUENTES POR CIUDAD, ZONA NORTE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG's), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamientos No Gubernamentales

GRÁFICA 10

DRUGA DE INICIO Y DRUGA DE IMPACTO MÁS FRECUENTES POR CIUDAD, ZONA NORTE
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil

Colonias, siendo mas frecuente en Hermosillo con 52.2% (gráfica 9).

La droga de impacto para esta misma población, como primera elección está la heroína en Nogales, Ciudad Juárez, San Pedro y Mexicali alcanzando el mayor porcentaje en esta última (59.7%). La cocaína se alcanzó en Hermosillo, Monterrey, Chihuahua y Piedras Negras con el mayor reporte (50%). El crack como droga de impacto, se registra en Reynosa con el 48.8%. La marihuana se observa como primera elección en Ciudad Victoria, Matamoros y Nuevo Laredo donde se registró el mayor porcentaje (44.1%). Para el alcohol como droga de impacto se ubican Tampico, Agua Prieta, Tepic, Durango y Los Cabos, con porcentajes entre el 27.2% y el 38.5%. Por último se ubica al cristal, en Culiacán con el 31%, La Paz con el 41.1%, Tijuana con el 43.8% y Ensenada con el 41.9% (gráfica 9).

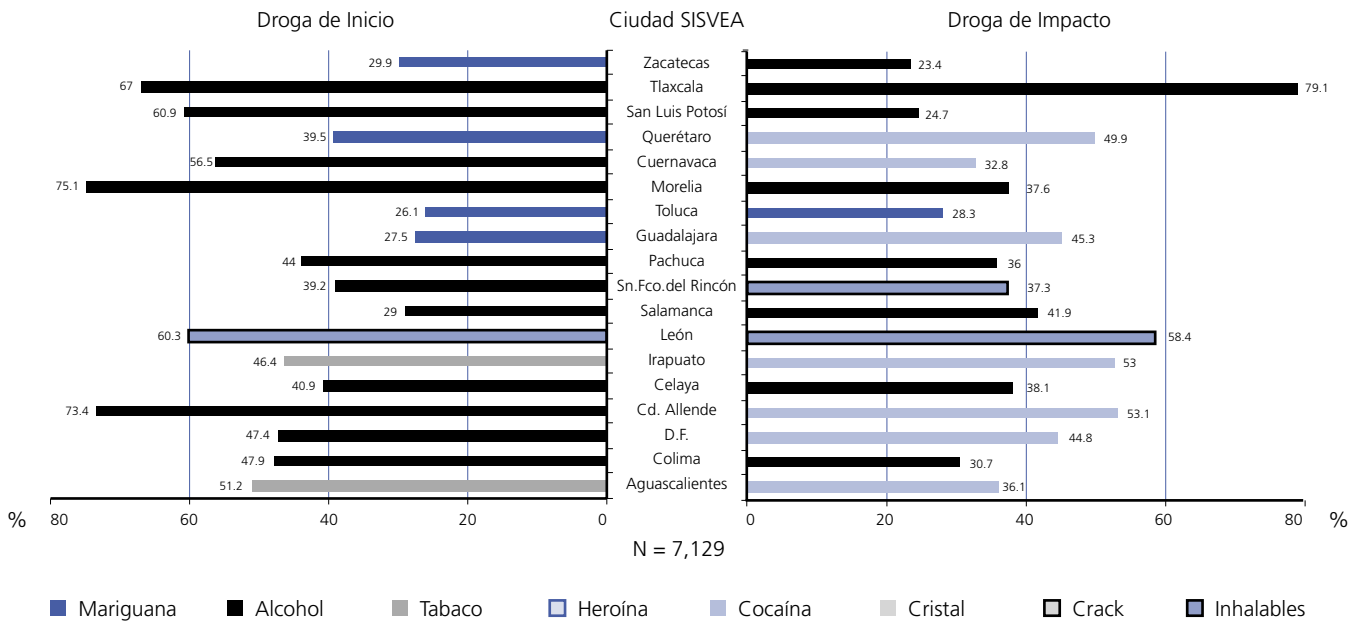
Los Centros de Integración Juvenil en la zona norte, abarcan 16 ciudades, en los que se refieren como droga de inicio al tabaco en la mayoría de ellas (10), seguida por el alcohol en cinco. Para el tabaco los porcentajes variaron de un 30.8% en La Paz a un 57.7% en Hermosillo. Para el alcohol la mayor proporción se presentó en las ciudades de Durango (50.6%) y Mexicali (50%) (Gráfica 10).

Entre la población de CIJ, las drogas de impacto identificadas son; Cristal en Durango (26.6%), Tijuana (61.2%) y Mexicali (58.2%); Inhalables en Monterrey, Saltillo y Apodaca, donde se registró el mayor porcentaje (52.9). La cocaína se identifica en Tampico, Los Mochis, Culiacán, Tepic, Chihuahua y Torreón, con porcentajes entre 24.8% y el 50% registrado en la capital de Nayarit. Referente a la marihuana, se observa Guasave con el 42% y La Paz con el 48.9%, sólo en Ciudad Juárez se identifica a la heroína con un 39.9%, y en Hermosillo el tabaco con un 32.4% (gráfica 10).

En la zona centro, las ONG participan en 18 ciudades cuya mayoría refieren como droga de inicio el alcohol: Tlaxcala, San Luis Potosí, Cuernavaca, Morelia, Pachuca, San Francisco del Rincón,

GRÁFICA 11

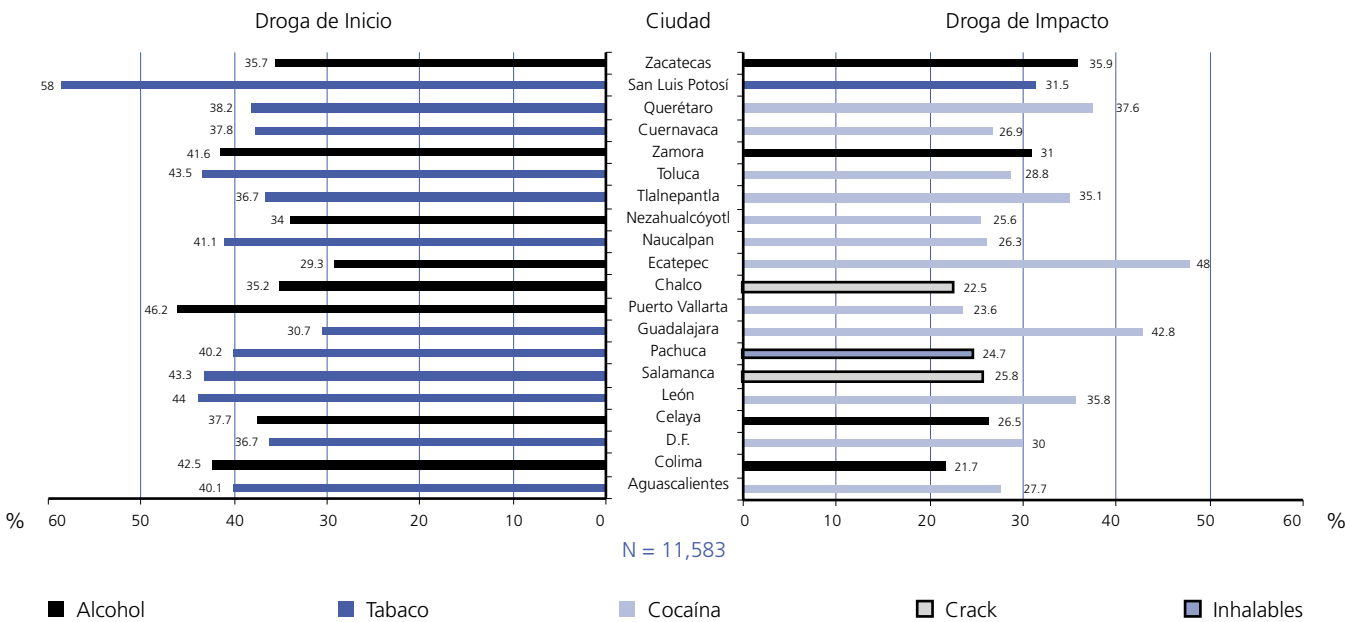
DROGA DE INICIO Y DROGA DE IMPACTO MÁS FRECUENTES POR CIUDAD, ZONA CENTRO ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG's), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamientos No Gubernamentales

GRÁFICA 12

DROGA DE INICIO Y DROGA DE IMPACTO MÁS FRECUENTES POR CIUDAD, ZONA CENTRO CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil

Salamanca, Celaya, San Miguel de Allende, Distrito Federal y Colima en las cuales el mayor porcentaje se registró en Morelia con el 75.1%. Respecto a los inhalables se presentan únicamente en León, con un 60.3%. El tabaco como droga de inicio se reportó en Irapuato y en Aguascalientes con el 46.4% y 51.2% respectivamente; por último la marihuana se observa en Zacatecas, Guadalajara, Toluca, y Querétaro donde alcanzó el 39.5% (gráfica 11).

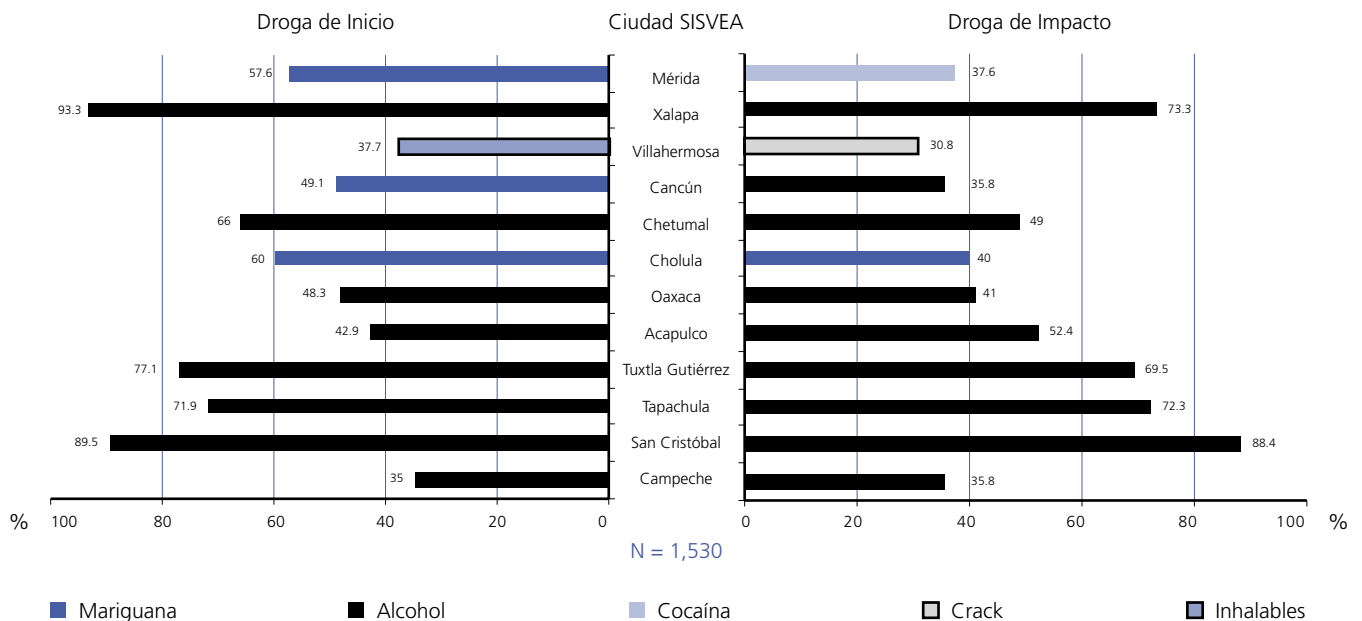
Las drogas de mayor impacto para esta misma población son el alcohol en Zacatecas, Tlaxcala, San Luis Potosí, Morelia, Pachuca, Salamanca, Celaya, y Colima, reportándose en Tlaxcala el mayor porcentaje (79.1%). Las drogas inhalables se presentan en San Francisco del Rincón en un 37.3% y León con el 58.4%. La cocaína fue reportada en orden decreciente en San Miguel de Allende, Irapuato, Querétaro, Guadalajara, Distrito Federal, Aguascalientes y por último en Cuernavaca con porcentajes entre el 53.1% y el 32.8%. La marihuana se presenta en Toluca con un 28.3% (gráfica 11).

En los CIJ de la zona centro se incluyen ciudades y municipios conurbados a la Ciudad de México. En ellos se encontró que el tabaco es la droga de inicio en los centros ubicados en Aguascalientes, Querétaro, Cuernavaca, Toluca, Tlalneptla, Naucalpan, Guadalajara, Pachuca, Salamanca, León, Distrito Federal y San Luis Potosí, en esta última se registró el mayor porcentaje (58.7) (Gráfica 12). El alcohol como droga de inicio se observa en Zacatecas, Zamora, Nezahualcóyotl, Ecatepec, Chalco, Celaya, Colima y Puerto Vallarta, siendo esta última la que registró el mayor porcentaje con el 46.2% (gráfica 12).

Las drogas de impacto en esta zona fueron la cocaína en 12 de las 20 ciudades registrándose en Ecatepec el mayor porcentaje, con 48%. El alcohol se observó en 4 ciudades siendo la principal Zacatecas con un 35.9%. El tabaco se presenta en San Luis Potosí con un 31.5%. El crack en Chalco y Salamanca con el 22.5 y 25.8% respectivamente. Los inhalables sólo se observan en

GRÁFICA 13

DROGA DE INICIO Y DROGA DE IMPACTO MÁS FRECUENTES POR CIUDAD, ZONA SUR ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG's), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamientos No Gubernamentales

Pachuca con un 24.7% (gráfica 12).

Las ONG de la zona sur comprenden 12 ciudades y refieren el alcohol como droga de inicio en 8 de ellas, alcanzando el mayor porcentaje en Xalapa con el 93.3%. La marihuana como droga de inicio se registró en 3 ciudades siendo Cholula la ciudad con más reportes (60%). Sólo en Villahermosa se inicia con drogas inhalables en un 37.7%. Con referencia a la droga de impacto en esta misma población, se presenta el alcohol en la mayoría (9 ciudades) con la mayor proporción en San Cristóbal con el 88.4%. La cocaína es referida en Mérida en un 37.6%, el crack en Villahermosa en un 30.8% y la marihuana en Cholula en un 40% (gráfica 13).

Los CIJ de la zona sur abarcan 8 ciudades, en seis de las cuales ubica el alcohol como droga de inicio, con una mayor proporción en Tuxtla Gutiérrez con el 45.5%. El tabaco se refiere en Poza Rica en un 59.6% y en Cancún con 36.4%. Las drogas de impacto que se identifican en este mismo grupo son, el alcohol en Poza Rica en un 25.6%, Xalapa con un 36.5%, Tehuacán con el 32.9%, Puebla con el 25.2%. La marihuana se refiere en Mérida en un 28.4% y en Tuxtla Gutiérrez en un 31.2%, la cocaína se presenta en Cancún en un 41.1% y en Acapulco en un 36.5% (gráfica 14).

Conclusiones

El sistema se ha fortalecido y expandido hasta incluir al menos una ciudad de cada entidad federativa del país.

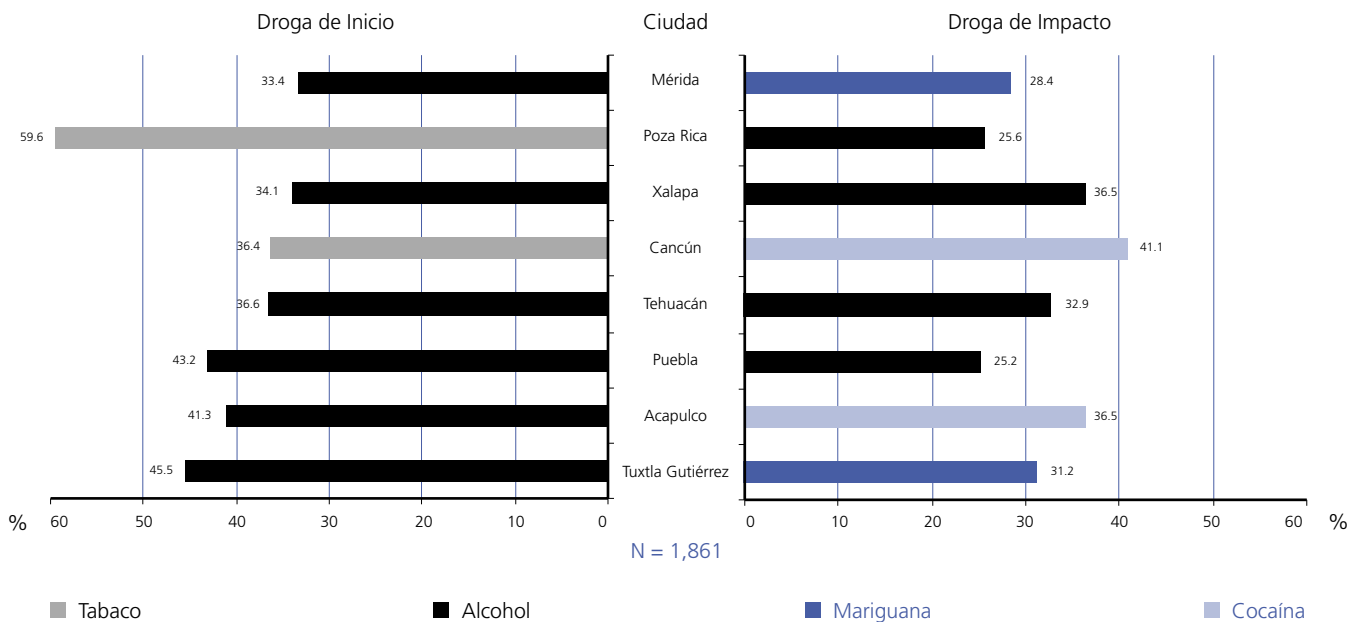
El tipo de droga mencionada ha variado de acuerdo a las diferentes fuentes de información:

El uso de marihuana y alcohol se ha incrementado entre los menores infractores.

El abuso de alcohol es mayor de acuerdo a la información de las defunciones, proporcionada por los Servicios Médicos Forenses.

GRÁFICA 14

DROGA DE INICIO Y DROGA DE IMPACTO MÁS FRECUENTES POR CIUDAD, ZONA SUR CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ), 2002



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamientos No Gubernamentales

La información de los Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) ha mostrado que la marihuana y los inhalables registran decremento como drogas de inicio y por otro lado, el alcohol continúa incrementándose. La mayor prevalencia de la droga de impacto se refirió la cocaína, sin embargo, ésta muestra un decremento al compararse con los años previos.

Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG) registran que la cocaína presentó un descenso leve como droga de inicio pero como droga de impacto 23.8 por ciento de los pacientes demandaron tratamiento debido a su uso. Para éste año esta droga se situó en el primer lugar entre los pacientes que solicitaron tratamiento. Por otro lado, la heroína como droga de inicio permaneció estable, pero como droga de impacto tuvo un ligero descenso.



Consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 2002

Víctor M. Guisa-Cruz

DIRECTOR GENERAL DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Ricardo Sánchez-Huesca

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA DE CIJ

David Bruno Díaz-Negrete

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN DE CIJ

Isaías Castillo-Franco

ESPECIALISTA ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Y EPIDEMIOLÓGICA DE CIJ

Alma Delia Gutiérrez-López

ESPECIALISTA ADSCRITO AL

DEPARTAMENTO DE

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Y EPIDEMIOLÓGICA DE CIJ

Sara Gracia-Gutiérrez de Velasco

ESPECIALISTA ADSCRITO AL

DEPARTAMENTO DE

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Y EPIDEMIOLÓGICA DE CIJ

El presente documento resume los datos recopilados a través del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil (CIJ), correspondientes a la población que solicita los servicios institucionales de tratamiento en el año 2002, en 66 unidades de atención distribuidas en toda la república. Esta información permite actualizar la reportada con anterioridad,¹ e identificar las principales variaciones observadas en los resultados obtenidos en 2001. El seguimiento comprende 17,978 casos que reportaron consumo de sustancias, cuyos usuarios de drogas acudieron personalmente a solicitar atención. Los datos se obtuvieron del formato de *Entrevista Inicial* del expediente clínico se codificaron y capturaron en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Dirección General de Epidemiología (SSA). La información que se presenta considera porcentajes válidos, excluyendo los casos "sin información".

Características sociodemográficas

Consultantes. En 51.8% de los casos, el usuario de drogas acudió solo a solicitar tratamiento, mientras que 48.2% lo hizo en compañía de familiares u otras personas.

Sexo. Predominan los hombres (85.6%), en razón de 5.9 por cada mujer. En Relación con el 2001, se observa un incremento de 1.3 puntos porcentuales de mujeres, para situarse en 14.4%.

Edad. La promedio de ingreso a tratamiento se ubicó en 24.5 años, con una moda de 17 años (el 29.8% ingresó entre los 15 y 19 años). La media de edad supone un aumento en relación con la detectada en 2001, cuando se ubicó en 23.3 años.

Estado civil. 60.1% refirió ser soltero, 23.2% estar casado y 10.1% vivir en unión libre, observándose un decremento de 3.5 puntos porcentuales en el grupo de solteros. 6.4% reportó estar divorciado o separado.

Escolaridad. 45.3% cursaba o había cursado algún grado de instrucción secundaria, porcentaje 2.1 puntos menor al registrado en 2001; mientras que 20.3% cursaban o habían cursado estudios de educación básica, 5.8% fueron técnicos, 21% de bachillerato y 6.9% de planteles superiores.

Ocupación. 51.8% refirió trabajar; 20.1% estudiar y 25.2% carecer de ocupación.

Fuente de referencia. 38.4% fue referido a CIJ por algún familiar o amigo, 10.7% por instituciones de salud, 9.6% por instancias judiciales y 6.4% por la escuela. 14.8% conoció los servicios de CIJ a través de campañas en medios de comunicación o de programas preventivos institucionales. En relación con el 2001 se observa una disminución de 5.9 puntos porcentuales entre quienes supieron los servicios de tratamiento institucionales a través de dichos programas preventivos.

CONSUMO DE DROGAS

Primera droga ilícita de consumo. 44.5% de los 16,095 casos que reportaron uso de drogas ilegales inició el consumo con marihuana, les siguen quienes comenzaron con cocaína (24.4%),

¹ Cfr. Castillo-Franco I, Gutiérrez-López AD, Díaz-Negrete DB, Sánchez-Huesca R y Guisa-Cruz VM. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD), Centros de Integración Juvenil. En: Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas, Reporte 2002. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 2002, pp. 63-81.

inhalables (18.7%), *crack* (4.2%), tranquilizantes menores (1.8%) y metanfetamina (1.5%). Se aprecia, así, un aumento con relación al año anterior de 2.5 puntos porcentuales en el uso de *crack* como primera droga ilícita de consumo y un decremento de 3.6 puntos en el de cocaína.

Edad de inicio del uso de drogas ilícitas. La edad promedio se situó en 17 años, con moda de 15 años (46.8% lo iniciaron entre los 15 y 19 años, y 32% entre los 10 y 14 años).

Lapso transcurrido entre el inicio del consumo de drogas y el ingreso a tratamiento en CIJ. El lapso promedio fue de 9.7 años, 1.3 años más que el registrado en 2001.

Tipo de consumo. 81.3% de los casos fue diagnosticado como “dependiente” de sustancias (incluidas la dependencia funcional y “disfuncional”), mientras que 18% fue identificado como “usuario” (“social u ocasional” o “experimental”), esto implica un incremento de 1.8 puntos de los pacientes diagnosticados como “dependientes”, en relación con los datos de 2001.

Policonsumo. Entendido como el uso de dos o más drogas ilícitas alguna vez en la vida, el policonsumo afectaba al 65.9% de casos que reportaron uso de estas sustancias. Entre quienes reportaron consumo de drogas ilícitas en el mes previo al tratamiento (n=9,426), el uso de dos o más drogas afectó al 30.5%.

Uso de drogas alguna vez en la vida. Aparte del uso de bebidas alcohólicas y de tabaco (75.1% y 63.1%, respectivamente), las drogas consumidas alguna vez en la vida con mayor frecuencia fueron la marihuana (58.5%), la cocaína (57.9%, sin incluir *crack*) y los inhalables (29.9%). Les siguen el uso de *crack* (15.4%), metanfetamina (9.2%), tranquilizantes menores (8.7%, sin incluir Rohypnol®), Rohypnol® (7.5%) y alucinógenos (5.1%). Respecto a 2001 se observó aumento de 4.9 puntos porcentuales en el consumo de *crack*, así como una disminución de 9.7 puntos en el de cocaína, de 3.6 en el de marihuana, de 2.7 en el de inhalables y de 1.5 en el de tranquilizantes.

Uso de drogas en el último año. El uso de alcohol y tabaco en los 12 meses anteriores ascendió a 55.8% y 47.4%, respectivamente. Las drogas ilícitas utilizadas con mayor frecuencia en el último año fueron cocaína (37.4%, sin incluir *crack*), marihuana (33.0%), inhalables (14.6%) y *crack* (10.8%); seguidas por metanfetamina (5.8%), tranquilizantes (4.1%, sin incluir Rohypnol®), Rohypnol® (3.3%) y heroína (2.8%).

Uso de drogas en el mes previo a la solicitud de tratamiento. 74.6% de los casos (13,412 usuarios) reportaron el uso de sustancias en los 30 días previos a su ingreso a tratamiento en CIJ, 3.9 puntos más del porcentaje registrado en 2001. El uso reciente de bebidas alcohólicas y de tabaco muestra altos índices (40.4% y 42.4%, respectivamente), mientras que entre las drogas ilegales destacan la cocaína (23.2%), la marihuana (21.0%), los inhalables (8.9%) y el *crack* (7.9%). Sin considerar el uso de alcohol y de tabaco, se registró, en relación con el 2001, un incremento de 2.8 puntos porcentuales en el uso de *crack*, así como una disminución de 8.8 puntos en el de cocaína, 3.9 en el de marihuana y 1.6 en el de inhalables.

Droga de mayor impacto. Las sustancias cuyo uso, según la percepción de los pacientes, les había producido mayor daño a la salud o había afectado más seriamente su vida de relación, fueron la cocaína (28.5%), la marihuana (18.1%), el alcohol (14.7%), los inhalables (10.8%), el *crack* (8.8%) y el tabaco (8%). Esto refleja un incremento de 5.6 puntos porcentuales en la frecuencia con la cual se reportó al tabaco como droga de mayor impacto y de cuatro puntos en el caso del *crack*, en tanto que la cocaína y la marihuana registraron una disminución de 8.9 y 4.2 puntos porcentuales, respectivamente.

Tendencias 1990-2002. Con base en los datos registrados en 2002 en cuanto a uso alguna vez en la vida de las principales drogas ilícitas,² pueden confirmarse las tendencias observadas con anterioridad en el nivel nacional: disminución del uso de cocaína (incluyendo *crack*) en los años recientes, aunque persiste como droga de mayor consumo; disminución sostenida del uso de

² Cocaína y/o *crack*, marihuana, inhalables, depresores con utilidad médica, metanfetamina, heroína y alucinógenos. Cfr. gráficas anexas.

mariguana, inhalables y depresores con utilidad médica; comportamiento relativamente estable en el consumo de heroína y de drogas alucinógenas, así como aumento del consumo de metanfetamina.

En la población atendida en unidades de CIJ de la zona metropolitana de la ciudad de México, se aprecian tendencias similares a las nacionales, si bien las proporciones de uso de heroína y el aumento del consumo de metanfetamina, resultan claramente menores. Por su parte, los pacientes tratados en Guadalajara acusan, en particular, altas tasas de consumo de cocaína, éstas también tienden a disminuir en los años recientes. En Monterrey, sobresale la persistencia de tasas de consumo de mariguana y de inhalables más altas que las registradas en otras ciudades o regiones. Entre los pacientes recibidos en Tijuana, se observa marcado aumento del consumo uso alguna vez en la vida de metanfetamina, el cual se mantiene en 2002 con el más alto porcentaje reportado (82.9%); destaca también la disminución del uso reportado de heroína. Por el contrario, entre los pacientes atendidos en Ciudad Juárez se aprecia en el último año un incremento de cerca de 14 puntos porcentuales en el consumo de heroína, el cual debe asociarse con la reciente apertura de una “clínica de metadona” en la localidad; así mismo destaca que Ciudad Juárez es la única ciudad o región en la que se observa un aumento en el uso de depresores con utilidad médica. El resto de las unidades de atención de CIJ se agrupó en tres regiones (norte, centro y sur), correspondientes a las establecidas en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. En general se aprecian tendencias similares a las nacionales, sin embargo, en ninguna de estas tres regiones el uso de cocaína ha llegado aún a rebasar al de mariguana, como ha ocurrido en las ciudades analizadas por separado, mientras que en la población atendida en las unidades agrupadas en la región norte se registra un aumento del consumo de metanfetamina claramente mayor al nacional.

Síntesis

Con relación a las características sociodemográficas de la población estudiada resalta que, si bien sigue predominando la población masculina, la femenina aumenta, al pasar de una mujer por cada 6.6 hombres a una por cada 5.9. En cuanto a la edad de ingreso a tratamiento en CIJ se observa un incremento que repercute en un más largo lapso (10 años) transcurrido entre el inicio del consumo y la asistencia a tratamiento, dado que el promedio de edad de inicio del consumo de drogas no muestra cambios importantes.

Por lo que respecta al consumo de drogas ilícitas, debe destacarse la alta frecuencia con que la mariguana, la cocaína y los inhalables son reportados como primera droga ilícita de consumo, si bien sobresale la disminución del consumo de cocaína como primera sustancia ilícita de uso en relación con el año anterior, así como el correlativo incremento del consumo de *crack*. El aumento del uso de esta última sustancia se aprecia igualmente en las categorías de uso alguna vez en la vida, último año y últimos 30 días, mientras que el consumo de cocaína, mariguana e inhalables tiende a disminuir con respecto a 2001, debiéndose señalar por último que el uso de heroína ha tendido a mantenerse relativamente estable.

En suma, algunos indicadores reflejan un cambio incipiente en el perfil de los usuarios de los servicios de tratamiento institucionales. El aumento de la edad de ingreso a tratamiento y, por ende, del lapso transcurrido entre el inicio del consumo y la asistencia a tratamiento, así como de la proporción de casos diagnosticados como “dependientes”, reflejan una elevación de la demanda de tratamiento por parte de usuarios con problemas más severos de abuso o dependencia de drogas. Así mismo, el aumento del uso de sustancias como el *crack* y, aunque en menor medida, la metanfetamina, o como la heroína en Ciudad Juárez, requieren el desarrollo de esquemas integrales de atención capaces de responder a una problemática cada vez más compleja, asociada a crecientes riesgos para la salud y la vida social de la población afectada.

CUADRO 1

EDAD DE INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ

	Frec.	%	% válido
Menos de 10 años	9	0.1	0.1
10 a 14 años	1,473	8.2	8.2
15 a 19 años	5,355	29.8	29.8
20 a 24 años	3,733	20.8	20.8
25 a 29 años	2,869	16	16
30 a 34 años	1,921	10.7	10.7
35 a 39 años	1,195	6.6	6.7
40 a 44 años	731	4.1	4.1
45 años y más	679	3.8	3.8
Sin información	13	0.1	Se omite
Total	17,978	100	100

CUADRO 2

PRIMERA DROGA ILÍCITA DE CONSUMO

	Frec.	%	% válido
Mariguana	7,157	39.8	44.5
Solventes inhalables	3,016	16.8	18.7
Cocaína ¹	3,934	21.9	24.4
Tranquilizantes ²	297	1.7	1.8
Heroína	73	0.4	0.5
Metanfetamina	247	1.4	1.5
Alucinógenos	54	0.3	0.3
Crack (cocaína de base libre)	677	3.8	4.2
Basuco (pasta base de cocaína)	32	0.2	0.2
Sedantes barbitúricos	48	0.3	0.3
Rohypnol®	160	0.9	1
Antidepresivos	18	0.1	0.1
Estimulantes anfetamínicos	134	0.7	0.8
Otros estimulantes del SNC ³	13	0.1	0.1
Opio y derivados ⁴	33	0.2	0.2
Refractil Ofteño(r)	23	0.1	0.1
Sustancias no identificadas	179	1	1.1
No consumió	1,883	10.5	Se omite
Total	17,978	100	100

¹ Excluye el uso de crack y de basuco

² Excluye el uso de Rohypnol(r)

³ Incluye el uso de anticolinérgicos, antiespasmódicos y antiparkinsonianos.

⁴ Excluye el uso de heroína

CUADRO 3

EDAD DE INICIO DEL USO DE DROGAS ILÍCITAS

	Frec.	%	% válido
Menos de 10 años	233	1.3	1.5
10 a 14 años	5,043	28.1	32
15 a 19 años	7,377	41	46.8
20 a 24 años	1,687	9.4	10.7
25 a 29 años	727	4	4.6
30 a 34 años	377	2.1	2.4
35 a 39 años	167	0.9	1.1
40 a 44 años	95	0.5	0.6
45 años y más	47	0.3	0.3
Sin información	2,225	12.4	Se omite
Total	17,978	100	100

CUADRO 4

LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO EN CIJ

	Frec.	%	% válido
Menos de un año	974	5.4	5.5
Un año	1,534	8.5	8.7
Dos años	1,468	8.2	8.3
Tres a cinco años	3,360	18.7	19
Seis a diez años	3,920	21.8	22.2
Once años o más	6,421	35.7	36.3
Sin información	301	1.7	Se omite
Total	17,978	100	100

CUADRO 5

TIPO DE CONSUMO

	Frec.	%	% válido
Experimental ^a	1,019	5.7	5.8
Social u ocasional ^b	2,152	12	12.2
Funcional ^c	11,180	62.2	63.5
Disfuncional ^d	3,138	17.5	17.8
En remisión ^e	114	0.6	0.6
Sin información	375	2.1	Se omite
Total	17,978	100	100

- a) Consumidor que ha probado drogas motivado en general por la curiosidad, pero que no se ha sentido impulsado por repetir la experiencia
- b) Consumidor que utiliza drogas por lo general en un contexto social en donde el resto del grupo la consume. Sin embargo no se siente interesado en repetir la experiencia fuera de ese medio, ni lo hace frecuentemente.
- c) Consumidor que utiliza drogas con frecuencia, ya que ha desarrollado problemas de dependencia de algún tipo, pero se desenvuelve en su medio familiar, laboral, escolar y social sin que tales problemas le provoquen conflictos.
- d) Consumidor que no sólo utiliza las drogas con frecuencia, sino que su vida gira en torno al consumo, lo que se hace evidente por los problemas en relación con su medio, por las consecuencias que la droga produce en su organismo y funciones mentales.
- e) Consumidor que ha dejado de usar drogas por un lapso de tiempo no menor de un mes.

CUADRO 6

USO DE UNA O DE DOS O MÁS DROGAS ILÍCITAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

	Frec.	%	% ajustado
Monousuarios (una droga)	5,486	30.5	34.1
Poliusuarios (dos o más drogas)	10,609	59	65.9
No reportan uso de drogas ilícitas	1,883	10.5	Se omite
Total	17,978	100	100

CUADRO 7

USO DE UNA O DE DOS O MÁS DROGAS ILÍCITAS EN EL MES PREVIO A LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO EN CIJ

	Frec.	%	% ajustado
Monousuarios (una droga)	6,555	36.5	69.5
Poliusuarios (dos o más drogas)	2,871	16	30.5
No reportan uso de drogas ilícitas	8,552	47.6	Se omite
Total	17,978	100	100

CUADRO 8

USO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

	Frec.	%
Alcohol	13,494	75.1
Tabaco	11,352	63.1
Mariguana	10,510	58.5
Solventes inhalables	5,381	29.9
Cocaína ¹	10,412	57.9
Tranquilizantes ²	1,558	8.7
Heroína	833	4.6
Metanfetamina	1,659	9.2
Alucinógenos	918	5.1
Crack (cocaína de base libre)	2,777	15.4
Basuco (pasta base de cocaína)	281	1.6
Sedantes barbitúricos	240	1.3
Rohypnol®	1,340	7.5
Antidepresivos	41	0.2
Estimulantes anfetamínicos	558	3.1
Otros estimulantes del SNC ³	68	0.4
Opio y derivados ⁴	183	1
Refractil Ofteno®	97	0.5
Sustancias no identificadas	1,111	6.2

¹ Excluye el uso de crack y de basuco

² Excluye el uso de Rohypnol®

³ Incluye el uso de anticolinérgicos, antiespasmódicos y antiparkinsonianos.

⁴ Excluye el uso de heroína

CUADRO 9

USO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO POR SUSTANCIAS

	Frec.	%
Alcohol	10,024	55.8
Tabaco	8,529	47.4
Mariguana	5,926	33
Solventes inhalables	2,619	14.6
Cocaína ¹	6,727	37.4
Tranquilizantes ²	730	4.1
Heroína	502	2.8
Metanfetamina	1,046	5.8
Alucinógenos	259	1.4
Crack (cocaína de base libre)	1,946	10.8
Basuco (pasta base de cocaína)	200	1.1
Sedantes barbitúricos	106	0.6
Rohypnol®	589	3.3
Antidepresivos	29	0.2
Estimulantes anfetamínicos	268	1.5
Otros estimulantes del SNC ³	30	0.2
Opio y derivados ⁴	82	0.5
Refractil Ofteno®	21	0.1
Sustancias no identificadas	446	2.5

¹ Excluye el uso de crack y de basuco

² Excluye el uso de Rohypnol®

³ Incluye el uso de anticolinérgicos, antiespasmódicos y antiparkinsonianos.

⁴ Excluye el uso de heroína

CUADRO 10

USO DE DROGAS EN EL MES PREVIO A LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO

	Frec.	%
Alcohol	7,264	40.4
Tabaco	7,627	42.4
Mariguana	3,778	21
Solventes inhalables	1,606	8.9
Cocaína ¹	4,170	23.2
Tranquilizantes ²	395	2.2
Heroína	400	2.2
Metanfetamina	623	3.5
Alucinógenos	55	0.3
Crack	1,427	7.9
Basuco (pasta base de cocaína)	152	0.8
Sedantes barbitúricos	53	0.3
Rohypnol®	284	1.6
Antidepresivos	17	0.1
Estimulantes anfetamínicos	105	0.6
Otros estimulantes del SNC ³	14	0.1
Opio y derivados ⁴	46	0.3
Refractil Ofteno®	8	0
Sustancias no identificadas	205	1.1

¹ Excluye el uso de crack y de basuco

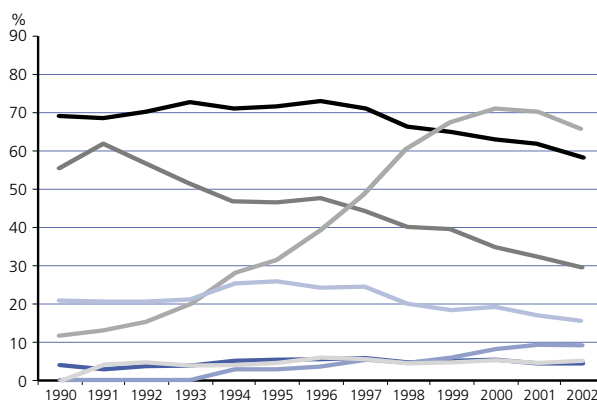
² Excluye el uso de Rohypnol®

³ Incluye el uso de anticolinérgicos, antiespasmódicos y antiparkinsonianos.

⁴ Excluye el uso de heroína

GRÁFICA 1

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS ILÍCITAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ, 1990-2002, NIVEL NACIONAL

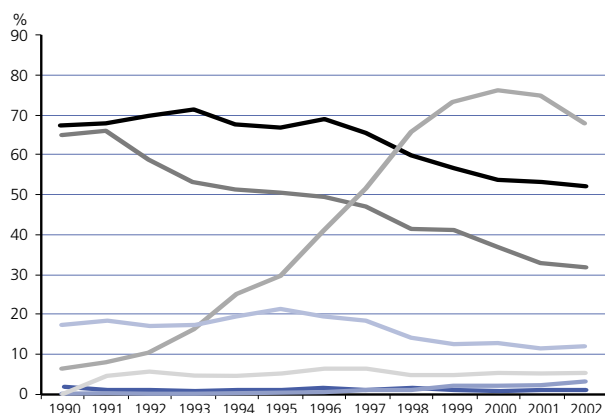


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Mariguana	69.3	68.9	70.3	72.6	71.2	71.9	73.2	71.2	66.4	65.1	63.4	62.1	58.5
■ Inhalables	55.8	61.8	56.8	52	47.2	47.1	47.6	44.6	40.5	39.6	35.1	32.6	29.9
■ Cocaína y/o crack	12.2	13.9	16	20.9	28.5	32.4	40.4	49.7	61.6	68.2	71.4	70.6	65.6
■ Depr. uso médico	21.4	21.3	21	21.4	26.3	26.5	25.1	24.9	20.2	19	19.7	17.2	16.3
■ Heroína	3.8	3.2	3.7	4	5.1	5.3	5.8	5.7	4.7	5	5.2	4.6	4.6
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	2.7	2.7	3.6	5	4.7	6.2	8.2	9.3	9.2
■ Alucinógenos	N/D	4.3	4.5	4	4.2	4.7	6.1	5.9	4.7	4.8	4.9	5.1	5.1

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 2

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1990-2002

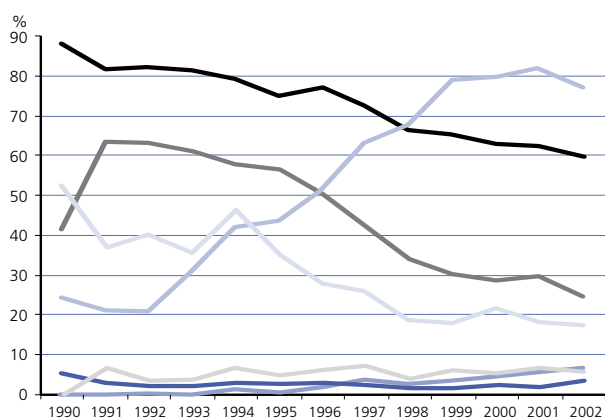


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	67.1	67.9	69.8	71.7	67.6	66.7	68.6	65.5	60.1	56.8	54.1	53.6	52.5
■ Inhalables	65.2	66.0	58.9	53.2	51.1	50.5	49.3	46.9	41.6	41.2	37.0	32.7	31.7
■ Cocaína y/o crack	7.0	8.4	10.7	16.7	25.7	30.4	41.0	51.9	66.5	73.7	77.0	75.2	68.5
■ Depr. uso médico	17.8	18.6	17.5	17.5	19.8	21.9	19.7	18.8	14.3	12.9	13.1	11.9	12.3
■ Heroína	1.4	0.9	1.1	0.7	1.1	1.3	1.5	1.0	1.4	1.3	1.2	1.1	1.1
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	0.1	0.2	0.4	0.7	1.1	1.8	2.1	2.2	3.1
■ Alucinógenos	N/D	4.8	5.7	4.7	4.8	5.6	6.6	6.5	5.2	4.9	5.4	5.4	5.6

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 3

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA CIUDAD DE GUADALAJARA, 1990-2002

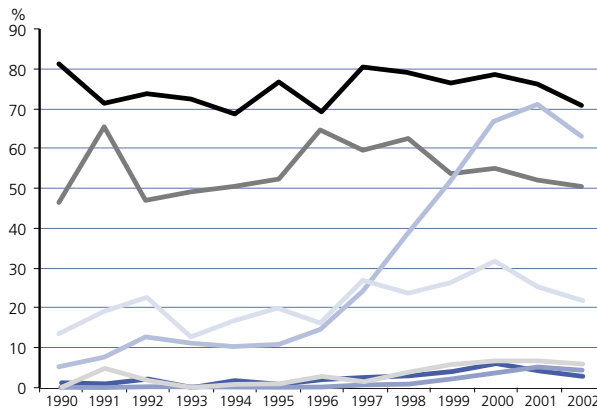


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	88.0	82.0	82.4	81.8	79.6	75.3	77.5	72.4	66.9	65.7	63.5	62.7	59.6
■ Inhalables	41.4	63.3	63.3	61.4	58.1	56.8	50.3	42.5	34.3	30.4	28.7	29.7	24.8
■ Cocaína y/o crack	25.4	21.6	21.3	31.4	42.5	44.3	51.4	63.5	68.5	79.6	80.8	82.7	77.8
■ Depr. uso médico	52.6	37.4	40.2	36.2	46.4	35.2	28.0	26.2	19.5	18.7	22.1	19.2	17.7
■ Heroína	5.7	3.6	2.8	2.8	3.2	3.2	2.9	2.8	2.2	2.4	2.6	2.5	4.1
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	1.0	0.2	2.2	3.3	2.9	3.4	4.5	5.9	6.5
■ Alucinógenos	N/D	6.7	3.4	4.4	6.9	5.2	6.7	7.4	3.9	6.2	5.4	6.5	5.8

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 4

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA CIUDAD DE MONTERREY, 1990-2002

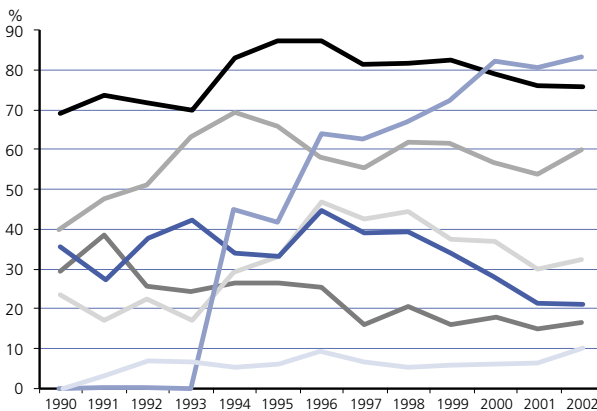


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	80.9	71.6	74.0	72.7	69.1	76.3	69.4	80.2	79.2	76.7	78.2	76.3	71.0
■ Inhalables	46.5	65.1	47.0	49.1	50.4	52.2	64.9	59.9	62.4	54.1	55.1	52.5	50.8
■ Cocaina y/o crack	5.7	8.3	13.0	11.8	10.6	11.2	15.1	24.5	38.9	51.9	67.2	71.2	63.6
■ Depr. uso médico	14.0	19.3	23.0	12.7	17.1	20.1	16.2	27.0	24.1	26.9	31.8	25.6	22.3
■ Heroína	0.6	0.9	2.0	0.0	1.6	0.8	1.9	2.5	2.7	3.7	5.7	4.2	2.9
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7	2.0	3.5	4.9	4.1
■ Alucinógenos	N/D	4.6	2.0	0.0	0.8	1.2	2.6	1.7	3.8	5.9	6.6	6.5	5.9

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 5

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA CIUDAD DE TIJUANA, 1990-2002

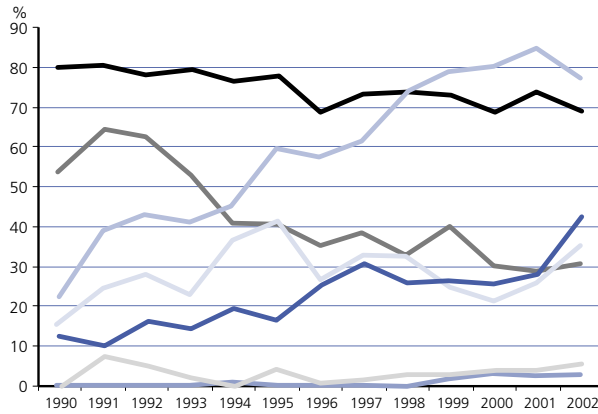


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	69.6	73.7	71.7	69.7	83.2	87.3	87.4	81.3	81.5	82.1	79.1	75.9	76.2
■ Inhalables	29.4	38.5	25.7	24.1	26.4	26.5	25.3	15.9	20.7	16.4	18.0	15.7	16.8
■ Cocaina y/o crack	40.7	48.0	51.5	63.5	69.7	66.4	58.5	56.0	62.6	62.2	57.4	54.2	60.7
■ Depr. uso médico	23.7	17.3	22.8	17.6	29.5	33.4	46.8	42.5	44.8	37.8	37.1	30.4	32.7
■ Heroína	3.5	27.4	38.2	42.7	33.9	33.4	45.5	39.2	39.7	34.2	28.3	21.7	21.6
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	44.6	41.6	63.6	62.4	66.9	72.0	81.7	80.3	82.9
■ Alucinógenos	N/D	3.4	7.4	6.8	6.0	6.3	10.2	6.9	6.0	6.1	6.7	6.7	10.5

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 6

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE CIUDAD JUÁREZ, 1990-2002

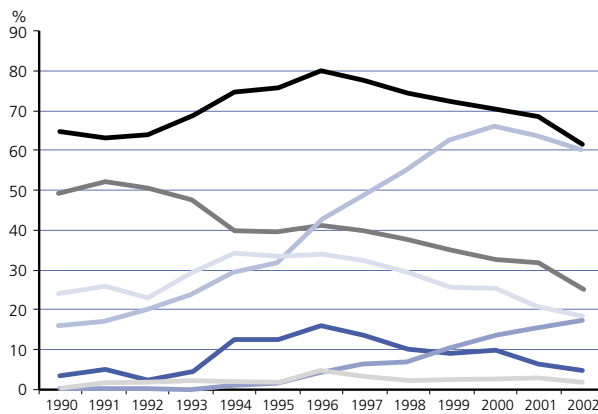


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	80.1	80.8	77.9	79.4	77.0	77.4	68.7	73.0	73.7	72.8	69.2	73.5	69.0
■ Inhalables	53.9	64.4	62.6	53.3	40.7	40.9	35.4	38.5	32.8	40.1	30.2	28.9	31.0
■ Cocaína y/o crack	22.7	39.7	43.6	41.7	45.2	59.7	57.9	61.8	74.0	79.7	80.8	84.8	77.9
■ Depr. uso médico	15.6	24.7	28.2	23.3	37.0	41.4	26.2	32.9	32.8	25.4	21.6	26.3	35.2
■ Heroína	12.8	10.3	16.6	14.4	20.0	16.7	25.6	30.9	26.0	26.5	26.0	28.7	42.5
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	3.1	2.4	2.9
■ Alucinógenos	N/D	7.5	5.5	2.2	0.7	4.3	1.0	1.7	3.0	3.1	4.2	3.9	5.8

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 7

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA REGIÓN NORTE, 1990-2002

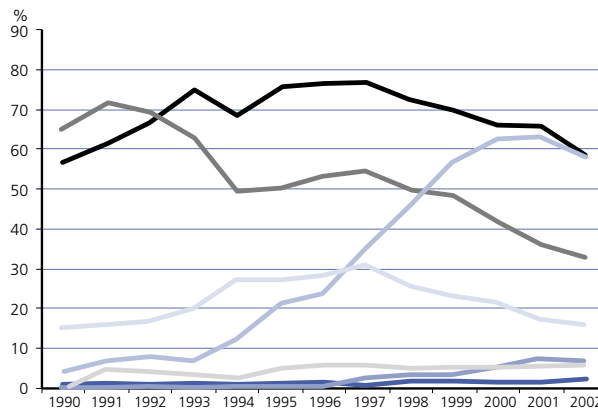


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	64.7	63.3	64.1	68.6	74.3	75.6	79.9	77.5	74.5	72.7	70.4	68.2	61.4
■ Inhalables	49.4	52.4	50.3	47.3	39.9	39.5	41.6	39.9	37.9	35.4	32.4	32.0	25.3
■ Cocaína y/o crack	16.8	17.5	20.6	24.1	29.5	32.6	42.7	48.9	55.3	62.8	66.2	54.0	60.8
■ Depr. uso médico	24.3	26.3	23.4	29.6	34.6	33.2	34.4	32.6	29.9	25.8	26.0	20.8	18.3
■ Heroína	3.5	5.1	2.9	5.0	12.9	13.2	16.4	13.8	10.4	9.3	10.0	6.7	5.6
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	1.3	1.6	4.1	6.7	7.0	9.8	13.2	15.2	17.5
■ Alucinógenos	N/D	1.7	1.8	2.5	2.1	2.4	4.6	3.6	2.4	2.7	2.6	3.1	2.0

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 8

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA REGIÓN CENTRO, 1990-2002

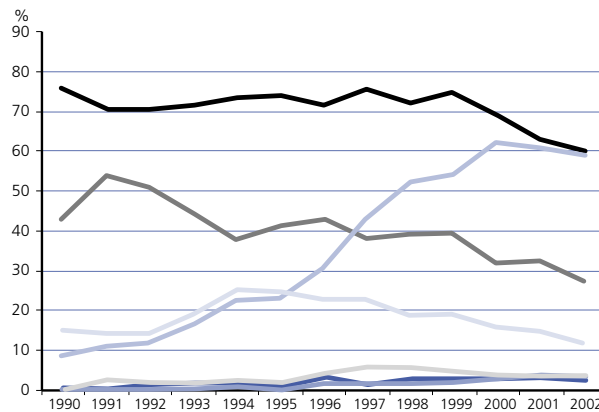


DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	56.5	61.1	66.4	74.3	68.4	75.4	76.5	76.8	72.4	70.2	66.1	65.4	58.5
■ Inhalables	65.1	71.5	69.2	63.0	49.3	49.9	53.0	54.4	49.8	48.6	41.8	35.9	32.8
■ Cocaína y/o crack	5.1	6.8	8.5	6.9	12.4	21.7	24.1	35.2	46.3	57.4	62.8	63.8	58.4
■ Depr. uso médico	15.9	16.5	17.2	20.0	27.5	27.7	28.5	31.0	26.0	23.7	22.3	17.9	16.7
■ Heroína	0.9	1.7	1.3	1.2	0.9	1.3	1.6	1.5	1.9	2.0	2.1	1.9	2.5
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	0.3	0.7	0.7	2.5	3.5	3.4	5.6	7.4	6.8
■ Alucinógenos	N/D	4.9	4.5	3.9	3.1	5.6	6.3	6.2	5.5	6.0	6.0	5.8	6.2

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 9

TENDENCIAS DEL USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE LAS PRINCIPALES DROGAS REPORTADAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ DE LA REGIÓN SUR, 1990-2002



DROGA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ Marihuana	75.7	70.6	70.7	71.6	73.4	74.0	71.8	75.7	72.5	74.8	69.6	62.9	60.1
■ Inhalables	43.1	53.6	51.1	44.4	38.1	41.7	43.0	38.3	39.2	39.5	32.3	32.4	27.5
■ Cocaína y/o crack	9.3	11.7	12.4	16.9	22.8	24.0	31.1	43.5	52.7	54.8	62.4	61.6	59.8
■ Depr. uso médico	15.7	14.7	14.8	19.5	25.6	24.3	23.0	23.3	19.3	19.8	16.0	15.5	12.5
■ Heroína	0.0	0.3	1.2	1.9	1.4	0.7	3.6	1.6	2.3	2.8	2.6	3.2	2.6
■ Metanfetamina	N/D	N/D	N/D	N/D	0.2	0.1	1.4	1.4	1.5	1.9	2.7	3.5	3.0
■ Alucinógenos	N/D	2.8	2.1	1.7	2.9	2.0	4.3	6.0	5.8	4.6	3.8	3.9	3.5

Fuente: Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2002. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.



Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas

Arturo Ortiz

INVESTIGADOR TITULAR
EN CIENCIAS MÉDICAS E.

Alejandra Soriano

INVESTIGADOR ASOCIADO
EN CIENCIAS MÉDICAS C.

Jorge Galván

INVESTIGADOR TITULAR
EN CIENCIAS MÉDICAS D.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Introducción

El SRID es un mecanismo que recopila información durante los meses de junio y noviembre de cada año, de 1986 a la fecha, que aportan voluntariamente las instituciones del sector salud y procuración de justicia de la ciudad de México. De esta manera, cumple con los lineamientos del Programa Nacional contra la Farmacodependencia (1985) del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

Método

El método empleado se ha descrito en este mismo libro en el capítulo de estudios en poblaciones especiales.

Resultados

En la evaluación de Noviembre de 2002 se registraron un total de 902 casos. Las drogas más empleadas en la categoría "uso alguna vez" son: la Cocaína: 67.6%, la Marihuana 62.9% y los Inhalables 31.3%. En la categoría de "uso en el último mes" o uso actual, las proporciones son 48.1 %, 42% y 18.5 % respectivamente (Cuadro 1)

En el cuadro 2 se presentan los datos sociodemográficos, cuyos resultados más importantes son los siguientes:

- El 89.7% son hombres,
- El 34.9% de los casos tienen entre 15 y 19 años y el 24.4% tiene entre 30 o más años.
- El 64.1% de los casos son solteros, el 15.2% son casados y el 14.4% vive en unión libre.
- Respecto al nivel socioeconómico el 56.6% al medio y el 42.9% de los casos pertenece a un nivel bajo.
- La escolaridad de secundaria incompleta es reportada por el 25.1% de los casos, de secundaria completa por el 21.3% y de preparatoria incompleta por el 17.7%.
- La ocupación que reportan la mayoría de los casos es de empleado o comerciante en un 32.8%, seguidos de subempleados o eventuales en un 25.8% y en un porcentaje mucho menor los profesionistas, con un .8%.
- La edad de inicio es variable para cada droga pero, en general, oscila entre los 15 y 19 años.

Datos de consumo más relevante:

- Número de drogas usadas: el 49.4% de los usuarios reporta usar una sola droga, el 24.9% emplea dos y el 14% tres. Estos porcentajes excluyen al uso de alcohol y de tabaco (Gráfica 1).
- Tipo de usuario: el "Uso Leve" (entre 1 y 5 días en el último mes) es reportado por el 36.5% de los casos, el "uso alto" (20 días o más en el último mes) por el 26.5%, mientras que el "uso moderado" (consumo entre 6 y 19 días en el último mes) lo reporta el 11.5% (Gráfica 2).
- Motivo de primer uso de drogas: la curiosidad es reportada en el 32.7% de los casos, le sigue la invitación en el 20.1% y la influencia de los amigos con el 12.1% (Cuadro 3).
- Droga de inicio en el último mes: de quienes iniciaron el consumo de drogas durante el mes

anterior al levantamiento de los datos, el .2% lo hizo con marihuana y crack respectivamente y el 0.1% con estimulantes, excluyendo alcohol y tabaco (Cuadro 4).

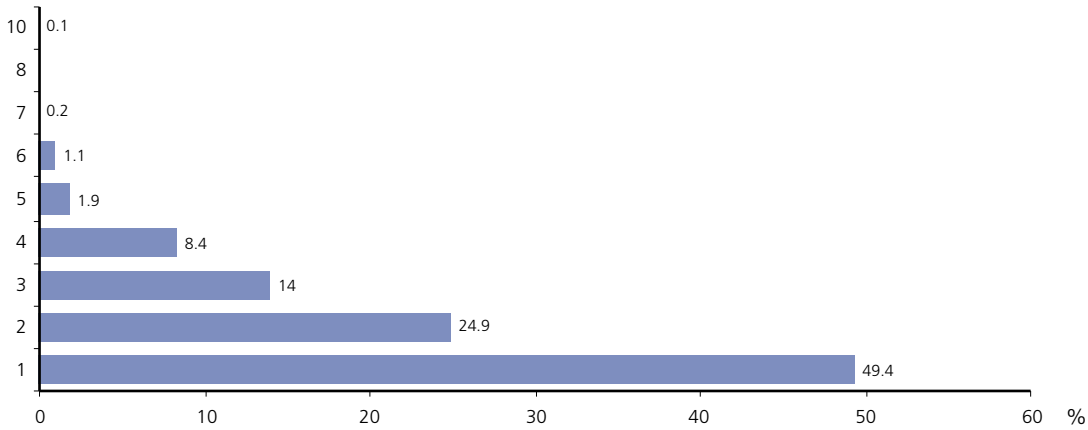
- Los que iniciaron el consumo antes de los once años, usaron las anfetaminas (11.8%), el tabaco (10.8%) y las sustancias inhalables (9.2%) antes que el alcohol y el tabaco (Cuadro 5).

Tendencias y perfil del usuario

En la gráfica 3 se presentan las tendencias de Cocaína, Marihuana e Inhalables que son las drogas del mayor consumo para el uso en "último mes", que significa el uso actual.

GRÁFICA 1

NÚMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR USUARIO (EXCLUYE ALCOHOL Y TABACO)

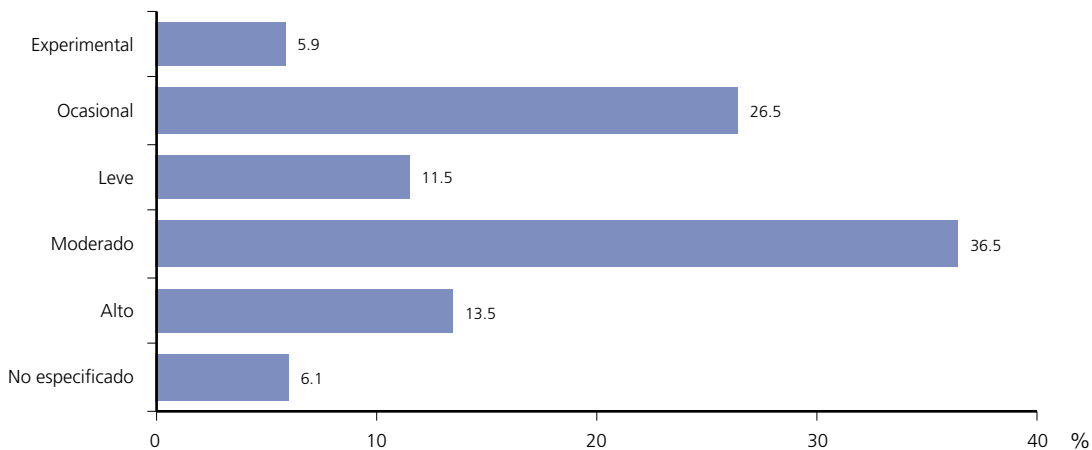


N = 902

Fuente: Ortiz A., Soriano A., Galván J. Noviembre 2002. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el área Metropolitana No. 33. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

GRÁFICA 2

TIPO DE USUARIO (EXCLUYE ALCOHOL Y TABACO)



N = 902

*Experimental. Usuario que reportó únicamente consumo de drogas alguna vez en la vida, pero no en el último año ni en el último mes.

*Ocasional. Usuario que reportó consumo de drogas en el último año, pero no en el último mes.

*Leve. Usuario que reportó consumo de drogas en el último mes, de 1 a 5 días.

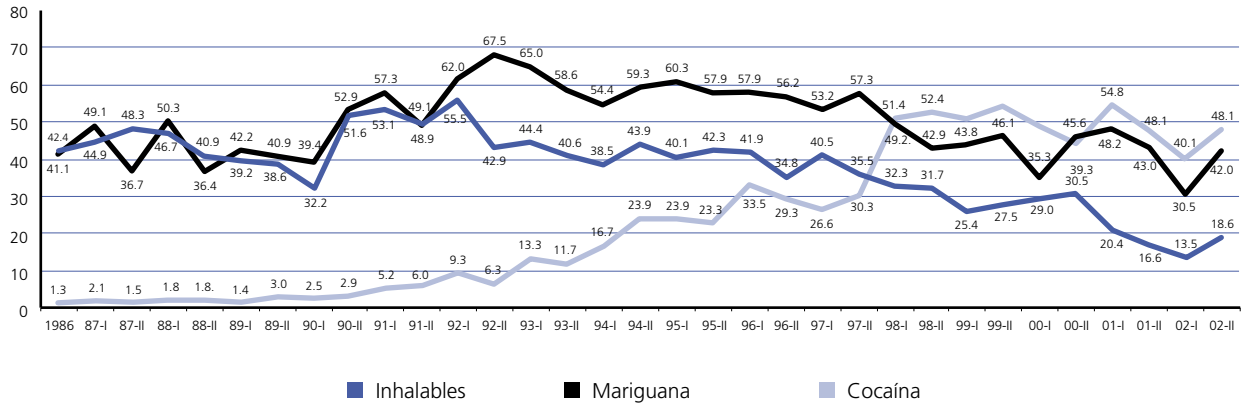
*Moderado. Usuario que reportó consumo de drogas en el último mes, de 6 a 19 días.

*Alto. Usuario que reportó consumo de drogas en el último mes, durante 20 días o más.

*No especificado. Usuario que reportó consumo de drogas en el último mes, pero no indicó la frecuencia de éste.

GRÁFICA 3

TENDENCIAS DE USO ÚLTIMO MES
COCAÍNA, INHALABLES Y MARIGUANA



CUADRO 5

DROGA DE INICIO EN EL ULTIMO MES
(Incidencia)
n = 591

TIPO DE DROGA	f	%
Ninguna	894	99.1
Crack	2	0.2
Estimulantes	1	0.1
Mariguana	2	0.2
ODM	2	0.2
ODNM	1	0.1

1 Porcentaje calculado con respecto al número de casos (f).

Fuente: Ortiz A., Soriano A., Galván J. Noviembre del 2002. Sistema de Reporte de Información en Drogas.

Tendencias en el Area Metropolitana No.33. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

CUADRO 6

EDAD DE INICIO

TIPO DE DROGA	f	HASTA 11 AÑOS %	12 A 14 AÑOS %	15 A 19 AÑOS %	20 A 24 AÑOS %	25 A 29 AÑOS %	30 O MAS AÑOS %
Alucinógenos	44	2.3	9.1	61.4	22.7	2.3	2.3
Anfetaminas y otros Estimulantes	17	11.8	29.4	35.3	17.6	5.9	
Cocaína	584	1.5	13.9	43.0	17.1	13.0	11.5
Heroína	7	-	14.3	42.9	28.6	14.3	
Inhalables	271	9.2	32.1	50.2	5.9	2.2	0.4
Mariguana	555	4.5	24.0	51.5	12.1	4.0	4.0
Otros Opiáceos	6	-	-	33.3	50.0	-	16.7
Sedantes y Tranquilizantes	104	3.8	16.3	52.9	15.4	5.8	5.8
Otras Drogas Médicas	43	2.3	25.6	48.8	11.6	7.0	4.7
Otras Drogas No Médicas	38	-	18.4	44.7	26.3	7.9	2.6
Alcohol	600	6.3	32.8	51.2	6.7	1.5	1.5
Tabaco	564	10.8	36.2	42.0	6.4	2.3	2.3

1 Porcentaje calculado respecto al número de casos (f) de cada tipo de droga, ajustando las respuestas omitidas.

Fuente: Ortiz A., Soriano A., Galván J. Noviembre del 2002. Sistema de Reporte de Información en Drogas.

Tendencias en el Area Metropolitana No.33. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Uso y abuso de alcohol en México:

Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002

Ma. Elena Medina-Mora¹,
 Jorge Villatoro² Patricia Cravioto³,
 Clara Fleiz², Fernando Galván⁴,
 Estela Rojas², José Castrejón⁵
 Pablo Kuri⁶,

INSTITUTO NACIONAL
 DE PSIQUIATRÍA
 RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ,
 DIRECCIÓN GENERAL
 DE EPIDEMIOLOGÍA,
 CONSEJO NACIONAL
 CONTRA LAS ADICCIONES,
 SECRETARÍA DE SALUD

Introducción

En México y en general en la región de América Latina, el abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud en su reporte mundial de salud 2002 analizó los efectos de 26 factores de riesgo sobre la morbi-mortalidad de la población, agrupados como, efectos por desnutrición materna e infantil, inactividad física y pobre nutrición, riesgos asociados con la actividad sexual y la reproducción, con el abuso de sustancias (alcohol, drogas y tabaco), con riesgos ambientales, ocupacionales y con otros factores como prácticas de inyección poco saludables o el abuso sexual durante la infancia.

El informe reporta el impacto de estos factores sobre la mortalidad prematura y los días vividos con discapacidad, conocidos como DALY's por sus siglas en inglés, para la población total y para tres tipos de países, los de economía de mercado o desarrollados, los países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad entre los que se encuentra México y aquellos países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad como la mayoría de los países de África. Para analizar la carga de enfermedad atribuible al alcohol se sustrajeron los efectos benéficos derivados de su consumo moderado.

El estudio mostró que para el conjunto de países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, entre los factores incluidos en el análisis, *el alcohol aparece en primer lugar*, es responsable del 6.2% de los DALY's totales, en tanto que *el tabaco aparece en tercer lugar* con 4.0% de los DALY's después de la hipertensión arterial. El consumo de drogas ilegales no aparece entre los 10 principales factores de riesgo para enfermar. En los países desarrollados, el consumo de alcohol aparece en tercer lugar (responsable del 9.2% de los DALY's), en tanto que el tabaco es el factor que ocupa el primer lugar (12.2%) y las drogas ilegales el octavo lugar con un 1.8% de la carga de enfermedad (1).

Frenk y cols., (1999) en un análisis similar estimaron que en México, el abuso de alcohol representaba el 9% del peso total de la carga de enfermedad⁷ por su impacto en la cirrosis hepática, (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%) la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%). Paradójicamente también se trata de uno de los problemas de salud pública con elevado índice de recuperación de la inversión en programas orientados a reducir el impacto (2).

¹ Directora de Investigación Epidemiológica y Psicosocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

² Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

³ Directora de Investigación Operativa Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

⁴ Subdirector de Diagnóstico y Análisis Epidemiológico. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud

⁵ Director de vinculación sectorial

⁶ Director General de Epidemiología, Secretaría de Salud

⁷ Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes o violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISAs. (Frenk y cols., 1994)

Los resultados de las encuestas realizadas en México indican además que el abuso de alcohol ocupa el primer lugar, el tabaco el segundo y el abuso de drogas ilegales el tercero en cuanto a la extensión de su abuso y consecuencias (3,4,5).

En 2002, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) junto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) acordaron realizar la *Cuarta Encuesta Nacional sobre Adicciones*. El CONADIC invitó al Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente* y a la Dirección General de Epidemiología a colaborar en el levantamiento de la encuesta que en esta ocasión, por primera vez, incluiría a la población rural, definida como la que habita en localidades de menos de 2,500 habitantes. Como en otras ocasiones el rango de edad considerado fue de 12 a 65 años. La definición y selección de la muestra, el diseño operativo y el levantamiento de datos estuvieron a cargo del INEGI.

Método

Diseño de la muestra.

El diseño de la muestra es probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección fue un residente de las viviendas seleccionadas, que contara con 12 a 65 años cumplidos al momento de la entrevista.

Levantamiento.

El levantamiento de la ENA-2002 se realizó durante los meses de febrero a mayo de ese año, con una infraestructura de personal específicamente capacitado para el levantamiento de esta encuesta. La ENA se aplicó utilizando una tarjeta de registro de hogares, e inmediatamente después del llenado de ésta, se seleccionaba una persona específica cuya edad estuviera entre 12 y 65 años, para que en forma privada respondiera las preguntas contenidas en el cuestionario básico correspondiente.

Como se mencionó, el material utilizado consistió en una tarjeta de registro de hogares (T.R.H.), comúnmente aplicada en las encuestas de ese tipo realizadas por el INEGI, así como un cuestionario específico sobre el tema, en el cual se recogieron las respuestas de la población de 12 a 65 años seleccionados en los hogares que se visitaron. La riqueza de la ENA, consiste no solamente en las cifras y prevalencias que se pueden obtener de las preguntas del cuestionario utilizado, sino que éstas pueden delimitarse de acuerdo con las características de la población entrevistada, tales como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, etc., particularidades que son captadas mediante la aplicación de la T.R.H. y que permiten vincular algunas variables importantes con los comportamientos referidos por las personas entrevistadas.

Periodo de referencia

La tarjeta de registro de hogares capta los datos requeridos en ella con una temporalidad específica; así las características de la vivienda y la zona donde está ubicada, se obtienen al momento de la entrevista, lo mismo ocurre con los servicios de la vivienda y la tipología del hogar que la habita; los datos sociodemográficos también se establecen tomando como referencia el día de la entrevista. Con la finalidad de determinar claramente la caracterización laboral de las personas que son residentes habituales de la vivienda, ésta se pregunta utilizando como referencia la semana anterior a la entrevista.

Respecto al cuestionario, con algunas excepciones, la mayor parte de las preguntas se plantean en forma intemporal, inquiriendo inicialmente sobre el consumo de determinadas sustancias, sin importar la temporalidad del hecho. Sin embargo, buscando establecer patrones de consumo consuetudinario o habitual, para cada una de las sustancias de interés, se pregunta sobre la edad en la que se utilizó por primera vez, cuántas veces se ha empleado, la última vez que se usó y cuántos días se consumió en el mes anterior a la entrevista.

Operativo de campo

Previo a éste, se llevó a cabo la capacitación del personal que participaría en el levantamiento, para lo cual se concentró el personal en la ciudad de Aguascalientes, donde un equipo especializado de instructores, impartió lo correspondiente tanto a la TRH, como al cuestionario básico propiamente dicho. En ese evento se enfatizó sobre todo en la caracterización de las diferentes sustancias y sus usos, con la finalidad de familiarizar a los capacitandos con los diversos tipos de drogas y las formas habituales de consumo, las unidades de medida a utilizar para determinar los consumos de alcohol, así como prevenirlos sobre algunas situaciones que comúnmente se pueden presentar cuando se tocan los temas relativos al consumo de drogas, tales como suspicacia, búsqueda de consejo, desahogos emocionales, etc.

El operativo de campo propiamente dicho, comprendió las siguientes etapas:

- a) Levantamiento de entrevistas.
 - b) Supervisión del trabajo de campo: se basó en 3 actividades:
 - b.1) Observación: Consistió en la observación directa de la aplicación de un número determinado de entrevistas, acompañando a los entrevistadores en algunas viviendas seleccionadas, con el fin de detectar eventuales errores en el transcurso de la recolección de la información.
 - b.2) Verificación de visita: Se seleccionó una entrevista completa por cada listado de viviendas, acudiendo a ella para verificar que se había visitado y que la persona seleccionada hubiera respondido directamente el cuestionario.
 - b.3) Supervisión de la no entrevista: En las viviendas que por cualquier causa no se pudo lograr la entrevista, se acudió a corroborar o rectificar la causa de esa situación, recuperando si era el caso, la información en las viviendas habitadas.
 - c) Crítica y codificación de la información, así como control de calidad de la totalidad del proceso.
- Los resultados definitivos obtenidos en el levantamiento se resumen en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	ABSOLUTO	RELATIVO
Viviendas seleccionadas	14 043	100.0%
Viviendas entrevistadas	11 252	80.1%
Viviendas no entrevistadas	2 791	19.9%
Tipo "A" (Viviendas ocupadas)	298	2.1%
Tipo "B" (Viviendas desocupadas)	1 588	11.3%
Tipo "C" (Viviendas no localizadas)	201	1.5%
Tipo "D" (Seleccionado sin información)	704	5.0%

Cabe señalar que en 536 viviendas que representan el 3.8% de las seleccionadas, se aplicó únicamente la tarjeta de registro de hogares, ya que carecían de residentes habituales dentro del rango de edad requerido por la encuesta. La población de las viviendas referidas, forma parte de la población total obtenida por la expansión de la muestra de la ENA-2002, no así en lo que respecta al cuestionario básico utilizado, debido a que no hubo respuesta en éste.

Instrumentos de captación

Como se ha mencionado con anterioridad, para captar la información de la Encuesta Nacional de Adicciones, se utilizaron la Tarjeta de Registro de Hogares y el Cuestionario Básico.

A continuación se especifica el objetivo de cada uno de estos instrumentos de captación:

a) Tarjeta de Registro de Hogares (TRH)

La TRH es un formato en el que se registran los datos básicos de cada unidad en muestra, que es útil para recolectar las características de la vivienda y la zona en que está ubicada, así como los datos sociodemográficos del hogar albergado en ella. Adicionalmente, permite identificar a la persona seleccionada que responderá el cuestionario de adicciones y determinar el tipo de no entrevista observado para su posterior supervisión. Las preguntas de esta tarjeta en particular,

podían ser respondidas por cualquier residente de la vivienda, que contara con 15 años o más y que conociera los datos que se solicitarían; no así el cuestionario básico, el cual debía ser respondido específicamente por la persona que hubiera resultado seleccionada, de acuerdo al método que se describirá más adelante. Fue aplicada en todos los hogares entrevistados y permitió:

- Obtener información sobre las características generales de la vivienda como tipo, condición de propiedad de la misma, número de cuartos, material de construcción, servicios en la vivienda y equipamiento con que cuenta el hogar.
- Determinar la clasificación del tipo de hogar que conforman los residentes habituales.
- Investigar las características predominantes de la zona donde se ubica la vivienda seleccionada.
- Determinar el tipo de no entrevista observado, clasificándolo de acuerdo a su causa como tipo A (viviendas ocupadas)
B (viviendas desocupadas)
C (situaciones muestrales) y
D (situaciones relacionadas con el informante).
- Obtener información sociodemográfica de todas las personas que cumplieran con los criterios de residentes habituales del hogar, tales como: parentesco, sexo, día y mes de nacimiento, edad, estado civil, fecundidad, escolaridad, condición de residencia, elegibilidad, filiación a servicios médicos, religión profesada y caracterización laboral.
- Identificar a la persona del rango de edad determinado que respondería el cuestionario de adicciones.

b) Cuestionario Básico

Una vez llenada la TRH, por medio de los datos de día y mes de nacimiento, se identificaba a la persona más próxima a cumplir años, cuya edad estuviera entre los 12 y 65. Este método, ya utilizado con anterioridad, al ser rigurosamente aplicado reproduce la distribución por grupos de edad y sexo de la población objetivo, dada su calidad de aleatoriedad. Cabe hacer mención que debido a las preguntas que se aplicarían y el carácter mismo de la encuesta, durante la capacitación se enfatizó la necesidad de que el cuestionario básico se levantara bajo estrictas normas de confidencialidad, evitando en todo momento que durante la entrevista estuviera presente una tercera persona diferente al entrevistador y entrevistado. Esto permitiría obtener respuestas directas que no estuvieran sesgadas por la actitud del informante, posiblemente inhibido ante la presencia de otros miembros del hogar.

Mediante el cuestionario básico, se indagó entre los seleccionados el uso de diversas sustancias, además de las particularidades de los patrones de su consumo. De acuerdo a las diferentes variables y drogas que interesaban para el estudio, el cuestionario se dividió en los siguientes dieciocho capítulos o secciones:

- | | |
|---------------------------|--|
| — Historia migratoria. | — Pasta de cocaína. |
| — Consumo de tabaco. | — Crack. |
| — Uso de alcohol. | — Alucinógenos. |
| — Opiáceos. | — Inhalables. |
| — Tranquilizantes. | — Heroína. |
| — Sedantes y barbitúricos | — Metanfetaminas. |
| — Anfetaminas. | — Problemas relacionados con el consumo de drogas. |
| — Marihuana. | — Utilización de servicios de asistencia contra adicciones. |
| — Cocaína. | — Opinión sobre la gravedad del uso de drogas, información sobre su consumo y asistencia a cursos sobre el tema. |

Nota metodológica con relación a las encuestas de adicciones

Es importante señalar que esta Encuesta se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores. Entre otros aspectos, se incluyó por primera vez el componente rural,

CUADRO 1

POBLACIÓN URBANA Y RURAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN URBANA			POBLACIÓN RURAL		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
12 – 17	4'915,246	4'999,780	9'915,026	1'892,705	1'877,628	3'770,333
18 – 34	9'317,802	12'389,767	21'707,569	2'413,717	3'430,268	5'843,985
35 – 65	9'482,497	11'782,440	21'264,937	3'371,690	3'893,527	7'265,217
Total	23'715,545	29'171,987	52'867,532	7'678,112	9'201,423	16'879,535

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002

y en esta ocasión no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998. Por ello, es importante señalar que al analizar las tendencias del consumo entre las diversas encuestas, se considere que en sentido estricto esta Encuesta no es totalmente comparable con las anteriores.

Resultados:**Uso y Abuso de Bebidas con Alcohol en México**

En el país hay poco más de 32 millones de bebedores⁸ (32'315,760) que representan al 46% en la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Cerca de 27 millones (26,874,662) viven en localidades urbanas, de más de 2,500 habitantes, y representan al 51% de esta población. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente al 32% de la población de ambos sexos (cuadro 2). Cinco por ciento de los entrevistados que reportaron nunca haber bebido alcohol, dieron razones religiosas y una proporción similar dijeron no beber por miedo a padecer un problema y el 18% son ex bebedores⁹.

CUADRO 2

ENA 2002 ÍNDICE DE BEBEDORES* POR LOCALIDAD, SEXO Y GRUPOS DE EDAD

	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Población urbana						
12-17 años	2'979,230	30.0	1'726,518	35.1	1'252,712	25.4
18-65 años	23'895,432	55.6	13'581,107	72.2	10'314,325	42.7
12-65 años	26'874,662	50.8	15'307,625	64.5	11'567,037	39.6
Población rural						
12-17 años	543,197	14.4	357,775	18.9	185,422	9.8
18-65 años	4'897,901	37.4	3'512,513	60.7	1'385,388	18.9
12-65 años	5'441,098	32.2	3'870,288	50.4	1'570,810	17.1
Población total 12-65 años	32'315,760	46.3	19'177,913	61.1	13'37,847	34.3

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada grupo.

* Persona que reportó consumir bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta

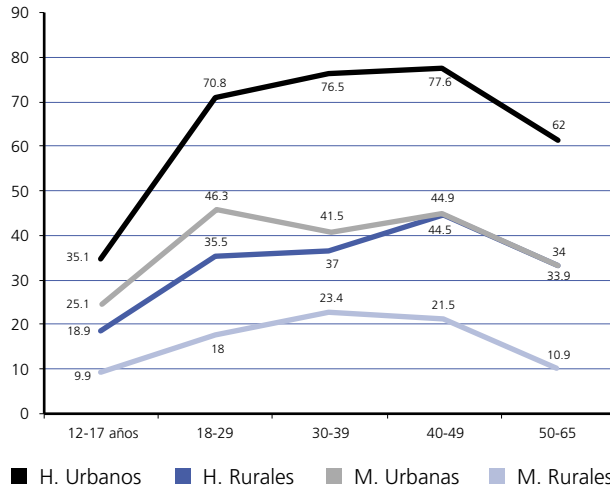
En 2002 siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales.

Treinta por ciento de la población adolescente entre 12 y 17 años de edad son bebedores. La diferencia entre sexos es menor que en la población adulta con 1.39 hombres por cada mujer en comunidades urbanas y 1.9 hombres por cada mujer en las rurales. Estas cifras confirman un

mayor índice de consumo en comunidades urbanas y menor diferencia entre hombres y mujeres adolescentes, diferencia que se agudiza cuando llegan a la mayoría de edad. Con un mayor consumo entre los hombres, ambos grupos, después de los 18 años y hasta los 50, mantienen sus niveles de consumo, para disminuir después de los 50 años, tanto en poblaciones rurales, como urbanas (Gráfica 1).

GRÁFICA 1

ÍNDICE DE BEBEDORES POR SEXO Y EDAD

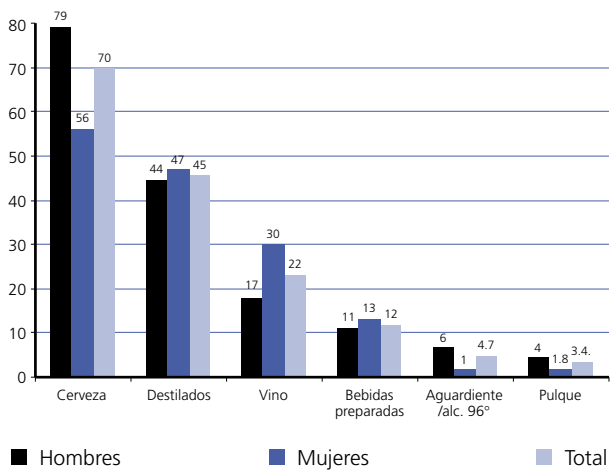


Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

La cerveza es la bebida de preferencia¹⁰ de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%) el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol de 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menos frecuencia. Existen importantes diferencias en las preferencias de hombres y mujeres, ya que estas últimas prefieren la cerveza en menor proporción que los varones (56% vs. 79% respectivamente), y en mayor proporción el vino de mesa (30% vs. 18%) (Gráfica 2).

GRÁFICA 2

BEBIDA DE PREFERENCIA POR SEXO



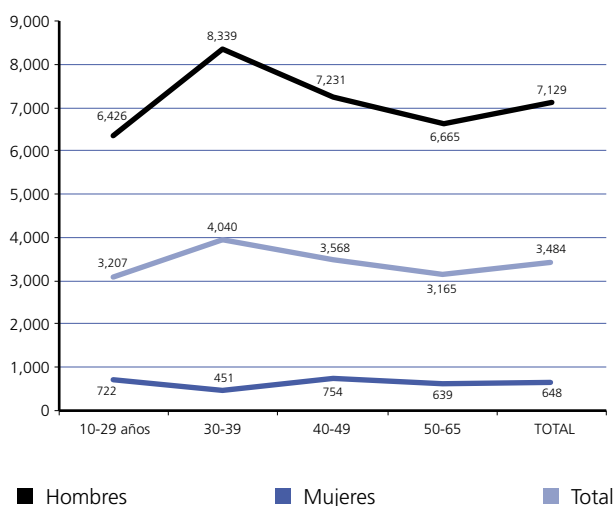
Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Las preferencias de los adolescentes también son diferentes, favorecen con menos frecuencia a la cerveza (57%) y a los destilados (31%) caso contrario que sucede en el vino de mesa (32%) y las bebidas preparadas (19%), a diferencia de los adultos.

A partir de las respuestas de la población entrevistada sobre la frecuencia en que consumen diferentes cantidades de alcohol para cada tipo de bebida es posible estimar el consumo en términos de etanol puro y reportar el consumo *per cápita* (6). El índice estimado para la población rural y urbana entre 12 y 65 años es de 2,790 mililitros, 5,620 ml., para la población masculina y 475 ml., para la femenina. Cuando sólo se considera la población urbana el consumo *per cápita* se eleva a 3,484ml., a razón de 7,129 ml. en los hombres y 648 ml. en las mujeres, cifras superiores a las observadas en la población rural de 2,728 ml. totales, 5,915 ml., en la población masculina y 211 ml., en la femenina. El mayor consumo se registra en los hombres urbanos de entre 30 y 39 años de edad (gráfica 3).

GRÁFICA 3

CONSUMO PER CÁPITA DE ALCOHOL EN MILILITROS
POBLACIÓN URBANA DE 18 A 65 AÑOS



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

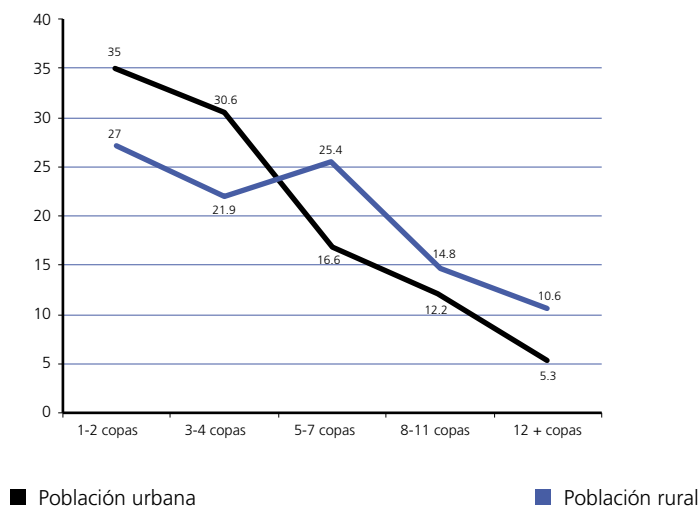
El consumo diario tan común en las sociedades europeas, sigue siendo una práctica poco frecuente en México, solamente 1.5% de la población entrevistada reportó esta frecuencia de consumo. Sólo una tercera parte (37%) de los bebedores limitan su consumo a una o dos copas¹¹ por ocasión de consumo, 28% reporta que ha llegado a consumir 3 ó 4 copas, lo que, si se realiza dentro de un plazo similar de horas se ubicaría en los patrones de menor riesgo. Cuando se comparan las respuestas de poblaciones rurales y urbanas, encontramos que en las primeras, las cantidades de consumo tienden a ser mayores, con 10% de la población rural, ya que reportan haber bebido más de 12 copas por ocasión de consumo en comparación con solamente 5% de la población urbana (gráfica 4).

Poco más de catorce millones de personas (14,261,752) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de éstos 3'226,490 lo hacen por lo menos una vez por semana. 795,573 adolescentes entre 12 y 17 años, que no han alcanzado la edad legal para beber, lo hacen con patrones de riesgo¹².

Esta práctica es significativamente más frecuente en los varones (27.7%) que en las mujeres (5.99%). Entre los primeros, la diferencia si se comparan las poblaciones urbana y rural es poco

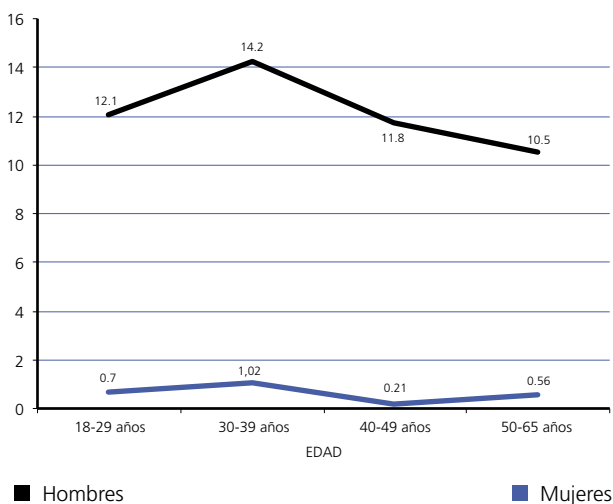
GRÁFICA 4

NÚMERO MÁXIMO DE COPAS QUE HA BEBIDO EN UN SÓLO DÍA
POBLACIÓN DE 18 A 65 AÑOS POR LOCALIDAD



GRÁFICA 5

BEBEDORES CONSUELTUDINARIOS POR SEXO Y EDAD
POBLACIÓN URBANA



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

marcada, en tanto que entre las segundas las diferencias son más grandes, con un consumo consuetudinario hasta 3 veces inferior entre las mujeres rurales. En global el consumo con patrones de riesgo es ligeramente mayor en los hombres adultos que habitan en comunidades rurales 46.5%, en comparación con los de comunidades urbanas (44.8%) (Cuadro 3).

El mayor índice de consumo consuetudinario se da en el grupo entre 30 y 39 años. La gráfica 3 muestra la distribución del consumo bajo este patrón hombres y mujeres urbanas para quienes los límites de la muestra permiten reportar esta información. Como puede verse, en los varones el consumo inicia en un nivel comparativamente bajo, se eleva hacia los 30 y 39 años, para descender posteriormente alcanzando su nivel más bajo después de los 50 años. En las mujeres el máximo consumo se da también en la tercera década de la vida, pero disminuye después de los 39 años.

CUADRO 3

ENA 2002 ÍNDICE DE BEBEDORES ALTOS* Y CONSUETUDINARIOS** POR LOCALIDAD RURAL-URBANA, SEXO Y LOCALIDAD

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Población urbana 18-65 años			
Alto	18.5	32.5	7.6
Consuetudinario	5.7	12.3	0.6
Población rural 18-65 años			
Alto	18.4	36.6	4.3
Consuetudinario	4.5	9.9	0.2

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada grupo.

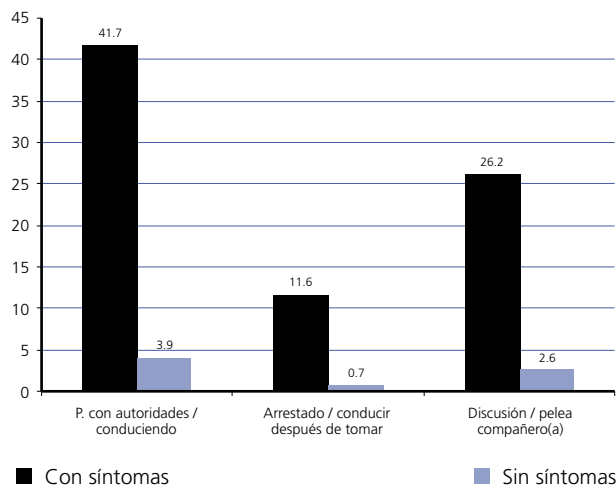
* Personas que reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo sin incluir a los bebedores consuetudinarios

** Persona que reportó consumir alcohol cinco copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años, afronta problemas con el manejo del alcohol, ya que 2'841,303 (4%) reportaron haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y 281,903 son menores de edad. 10.6% de la población total entrevistada reportó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia, y 4.8% de tolerancia. Los problemas sociales fueron también importantes, 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con el o la compañero(a) mientras estaba tomando (a), 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo. Estos problemas son considerablemente más frecuentes entre la población que reportó haber experimentado 3 o más síntomas de dependencia, en comparación de aquellos que no presentaron este número de síntomas (gráfica 6). Sin embargo cabe hacer notar que 41% de aquellos que tuvieron problemas con la policía por beber, no tienen síntomas de dependencia. Como era de esperarse, los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer. Una proporción mayor de adultos que viven en comunidades rurales reportan síntomas de dependencia (10.4%) en comparación con aquellos que habitan zonas urbanas (9.3%) (cuadro 4).

GRÁFICA 6

BEBEDORES CONSUETUDINARIOS POR SEXO Y EDAD
POBLACIÓN URBANA



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

CUADRO 4

ENA 2002 PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ABUSO / DEPENDENCIA
POR LOCALIDAD Y SEXO

	Total		Hombres		Mujeres	
	Total	%	Total	%	Total	%
Población urbana						
18-65 años	1,928,596	45.	1,749,730	9.3	178,862	0.74
Población rural						
18-65 años	630,804	4.81	604,751	10.4	26,053	0.35
Población total						
12-65 años	2,841,303	4.07	2,595,300	8.3	246,003	0.6

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.
Porcentajes del total de la población en cada grupo.

Discusión y conclusiones

Como sucedió en estudios anteriores, una proporción importante de la población reportó ser abstemia, es decir no consumió bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta. El índice de abstemios entre los varones es similar al reportado por países de la región de las Américas, como Estados Unidos, Canadá o Chile, en los cuales entre el 20% y el 30% de los hombres son abstemios. En general el consumo por parte de las mujeres es menor, sin embargo, a diferencia de estos países en la región, las variaciones entre hombres y mujeres en México son grandes, comparables con lo observado en países con roles de género más tradicionales, como China⁷.

Estas diferencias en las conductas de consumo se ligan con expectativas sociales que consideran que la mujer no debe de beber y de hecho bebe menos, sin embargo sufre de mayor rechazo social que el hombre cuando lo hace, no porque la conducta de uno y otro sea diferente bajo la intoxicación, sino porque se considera que el consumo es incompatible con los roles tradicionalmente asignados a la mujer. Esta diferencia en la percepción y las respuestas sociales, deriva en mayores problemas para las mujeres y puede plantear barreras importantes para la atención⁸.

Los datos de la encuesta señalan una menor diferencia en los niveles de consumo entre hombres y mujeres, lo que podría señalar una tendencia a la mayor incorporación de las mujeres, tendencia que se había documentado ya en las encuestas anteriores (4,9). Desafortunadamente los adolescentes copian los modelos adultos de consumo poco frecuente pero excesivo. Esto junto con la observación de que un inicio temprano y el consumo excesivo en esta etapa, se asocian con mayor riesgo de dependencia y con un peor pronóstico en tratamiento, señalan la urgente necesidad de incrementar los programas de educación para la salud, así como de fomentar niveles de consumo moderado, retrasar el inicio en el consumo y preparar a los niños y adolescentes para un consumo moderado.

El consumo *per cápita*, estimado en este estudio fue de 2.8 litros para la población entre 12 y 65 años, y de 3.4 litros si sólo se considera a la población urbana y el alcohol disponible. Las cifras de consumo *per cápita* estimadas a partir de la producción tasada, añadiendo importaciones y deduciendo exportaciones, ascienden a 5.19 litros⁹, cifra que no incluye el alcohol denominado "de dudosa procedencia", que no paga impuestos, el cual se ha estimado que representa el 40% del alcohol consumido en el país¹⁰.

⁸ Se definió como bebedor a aquellas personas que reportaron haber consumido bebidas alcohólicas durante los 12 meses previos al estudio.

⁹ No bebieron el año anterior al estudio

¹⁰ Se reportan las respuestas dadas por la población a la pregunta acerca de su bebida de preferencia y no sobre el consumo.

¹¹ Se reporta el número máximo de copas que los bebedores han reportado haber consumido en un solo día.

Las estimaciones del consumo *per cápita* que se derivan de los autoreportes de la conducta de bebida de las encuestas, tienden a subestimar el consumo per cápita entre el 40% y el 60% de los resultados que se obtienen de las ventas legales, lo cual es concordante con el resultado encontrado en esta encuesta.

La mayor parte del alcohol disponible es consumido por hombres urbanos de edad media (30 y 49 años), en tanto que las mujeres que habitan en las comunidades rurales, tienen poco acceso al alcohol. Esto confirma la observación de que el alcohol se comporta como un bien de consumo y que la población con mayores recursos, consume la mayor parte del alcohol disponible. Se ha estimado que el 30% de la población con más ingresos consume el 53% del alcohol disponible¹², sin embargo también se tiene evidencia de que el gasto en alcohol en proporción del ingreso, es mayor entre la población de menos recursos¹³.

El hecho de que el alcohol disponible no se distribuya homogéneamente en la población ocasiona que una medida promedio como ésta, ofrezca poca información sobre los problemas que se asocian con el consumo. Éstos serán mejor explicados a partir de conocer la forma en que diferentes grupos de población consumen el alcohol disponible.

Los datos de la encuesta muestran diferencias importantes en el índice de consumo con patrones de riesgo al considerar las grandes cantidades de alcohol que se ingieren por ocasión. Los índices más bajos de riesgo se encuentran entre las mujeres rurales, seguidas por las mujeres urbanas, los hombres urbanos y en el nivel máximo los hombres rurales.

En esta encuesta se confirman observaciones anteriores en el sentido de que los hombres en comunidades rurales presentan menores niveles de consumo pero mayores niveles de problemas¹⁴. También coinciden en señalar un nivel elevado de problemas en el país a pesar de que los niveles de consumo no son muy altos (de hecho son inferiores a los reportados por otros países).

De acuerdo con Rehm (2001)¹⁵ i) el mismo consumo puede tener efectos más problemáticos en aquellos países en los que se concentra en menor número de personas, es decir en aquellos que registran un elevado índice de abstemios y donde menor sea el número de ocasiones en que se consume alcohol. También ha documentado que el consumo durante las comidas es menos dañino y que beber fuera de casa se asocia en mayor medida con accidentes que cuando se bebe en casa.

Los datos de este estudio documentan como en México se dan estas condiciones lo que incrementa el riesgo de problemas. Existe una alta proporción de abstemios, el consumo diario es poco frecuente, no se asocia con los alimentos como ocurre en las sociedades mediterráneas, se consume con poca frecuencia pero en grandes cantidades asociadas. Otros estudios han señalado también cómo el consumo fuera del hogar es frecuente, debido especialmente a que con frecuencia la esposa no es la principal compañera de consumo, hecho que aumenta la tensión entre las parejas¹⁶.

Que el consumo se dé con frecuencia fuera del hogar y en cantidades elevadas se asocia con un riesgo importante de accidentes. Estudios efectuados en salas de urgencia documentan un elevado nivel de ingresos por traumatismos, con niveles positivos de alcohol en sangre (21%) es decir, casi del doble de lo que se observa en Estados Unidos (11%)¹⁷.

En este estudio, 2% de los bebedores reportaron haber afrontado problemas con la policía mientras conducían automóviles después de haber bebido. Una proporción importante de personas que reportaron este problema, presentaba también síntomas de dependencia. El hecho de que en la manifestación de problemas participa la respuesta social organizada, puede hacer pensar

¹² Reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo independientemente de la frecuencia en que lo hacen.

¹³ Persona que reportó consumir bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta

¹⁴ Personas que reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo sin incluir a los bebedores consuetudinarios

¹⁵ Persona que reportó consumir alcohol cinco copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

que en México en las personas que fueron detenidas lo hayan sido porque registraron niveles muy altos de alcohol en sangre y problemas de tránsito adicionales. Vale señalar que hasta fechas recientes se ha puesto énfasis sólo en ciertas ciudades mexicanas en la detección de conductores con niveles de alcohol en sangre que los colocan en riesgo de sufrir accidentes. Tal es el caso de una encuesta realizada en Pachuca, Hgo., que encontró un elevado nivel de personas que conducían automóviles después de haber bebido (23% adultos y 6% adolescentes) (18). Esto refuerza la importancia de establecer estos programas de detección con alto potencial de reducción de ingresos a salas de urgencia y accidentes fatales. Es importante lograr mayor consenso de la población hacia estas medidas derivadas de una mejor información acerca de los mecanismos y tiempos de asimilación del alcohol en el organismo y de sus efectos.

Finalmente cabe hacer mención que una proporción importante de la población manifestó síntomas de dependencia, por lo que es necesario ampliar los servicios de atención. Es importante que en los inicios del tercer milenio, el alcoholismo reciba la atención que merece como enfermedad crónica que requiere de tratamiento; el cual debe de estar disponible para el sujeto que la padece en diferentes etapas de su vida.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 2002 Informe sobre la Salud en el Mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.
2. Frenk, J, Lozano R, González Block Ma, et al. (1999). Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de salud en México. Informe final. México D.F., Fundación Mexicana para la Salud.
3. Peña-Corona MP (comp.), Kuri P (comp.), & Tapia R (comp.). (2001). El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México: Secretaría de Salud
4. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México: CONADIC, SSA; 2002. p.15-25.
5. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental 24(4): 3-19.
6. Medina-Mora ME. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Tapia R (Ed.), Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva. (pp. 21-44). México: Manual Moderno.
7. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol, Ginebra, 1999.
8. Medina-Mora M E. (2002). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Lara, MA Salgado VN, editores. Cállese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas. México: Pax; p. 71-84.
9. Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México Estimaciones del consumo per capita en México, 1970-1999.
10. Consultores Internacionales. (1999). Prospectiva del mercado Mexicano de bebidas alcohólicas destiladas al año 2000. Informe preparado para la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., México.
11. World Health Organization WHO. (2000). Department of Mental Health and Substance Dependence. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm, Geneva, WHO.
12. Consultores Internacionales. (1998). El beneficio económico: Beber de Tierra Generosa. Libro 2 Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (Eds) Medina-Mora ME, Echeverría L, 234-249.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (1994). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. México.

14. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Primera Encuesta Nacional de Adicciones. 1988. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología, Segunda Encuesta Nacional de Adicciones, México, 1993. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones, Tercera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 1998.
15. Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jerningan D, Frick U, Graham K, (2001). Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*; 7(3): 138-147.
16. Calderón, G. Campillo, C. Suárez, C. (1981). Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol. México: Monografía OMS-IMP.
17. Cherpitel C, Pares A, Rodes J, Rosovsky H. (1993). Drinking in the injury event: A comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. *International Journal of the Addictions*, 28, 931-943.
18. Medina-Mora ME, Morón MA, Rojas E, Carreño S, Martínez N, Juárez F. (1999). El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: Evaluación de un modelo de intervención. *Psicología Iberoamericana*. Nueva Epoca. 7(4), 36-46.



Dr. Roberto Tapia Conyer
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN A LA SALUD

Dr. Pablo Kuri Morales
DIRECTOR GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA,
SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Patricia Cravioto Quintana *
Dr. Jesús Felipe González Roldán *
Dra. María de Jesús Hoy Gutiérrez *
Fis-Mat. Fernando Galván Castillo *
Biol. Mario Cortés Ramírez *
(* ADSCRITOS A LA DIRECCIÓN
GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA,
SECRETARÍA DE SALUD

La situación del consumo del tabaco en México

El tabaco es un producto originario del Continente Americano, que en el siglo XVI fue exportado a Europa y de ahí su uso se expandió de manera importante al resto del mundo. En México, diversas referencias literarias reconocen su utilización de manera importante por parte de los pueblos prehispánicos. Desde la revolución industrial, su utilización, como cigarro, puro, pipa u otras formas, se ha extendido a lo largo de todos los países del orbe, con el consecuente crecimiento de la industria tabacalera. Ello a pesar de que desde hace varias décadas se sabe que es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte, y de que conocemos que la nicotina es una sustancia que produce adicción.^{1,2}

Hoy en día existe la suficiente evidencia científica, generada en los últimos 40 años, que demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para el organismo humano, por lo que se ha convertido, para todos los sistemas de salud del mundo, en el principal producto a combatir en su consumo.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un Convenio Marco que permite conjuntar políticas, estrategias, esfuerzos y recursos para dar una lucha frontal en contra del tabaco en todo el mundo.³

La evidencia epidemiológica en el ámbito mundial, ilustra con claridad y contundencia lo que está ocurriendo con esta pandemia. Datos de la misma OMS señalan que del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de estos, 4 millones de personas fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 000 personas diarias por causas relacionadas con el uso de este producto.

En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa que al menos 147 personas fallecen diariamente.

A pesar de que actualmente se conocen los daños a la salud causados por fumar, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en vías de desarrollo, como el nuestro.

A escala global, hay casi 1,100 millones de fumadores, de los cuales 300 millones son de países desarrollados (en una relación de dos hombres por cada mujer), comparado con los 800 millones de fumadores que se registran en países en vías de desarrollo (siete hombres por cada mujer).

Estos datos apoyan la teoría de que la epidemia del tabaquismo ha llegado a su máximo punto en países desarrollados, pero se encuentra en ascenso en los países en vías de desarrollo. Lo anterior, también como resultado de la estrategia que ha emprendido la industria tabacalera, ante el endurecimiento regulatorio que los primeros han mostrado, por lo que han enfocado gran parte de su estrategia e inversión mercadológicas hacia mercados emergentes como el nuestro, con el propósito de incrementar el número de consumidores y mantener sus unidades de venta, sobre todo en poblaciones blanco u objetivo como lo son los menores de edad y las mujeres.^{4,5,6}

Los estudios prospectivos que la propia OMS ha realizado, respecto al comportamiento que el consumo del tabaco ocasionaría, indican que, de continuar el consumo actual, para el año 2020 habrá 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas al consumo de tabaco, de las cuales 7 de cada 10 ocurrirán en países en vías de desarrollo, como el nuestro.⁷

Los costos de la Epidemia

Existen suficientes evidencias en cuanto a la morbi-mortalidad que el tabaquismo ocasiona. Podemos señalar que en México el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas, es de más de 53 mil (147 muertes diarias), en donde 45% de éstas (20 573 defunciones) obedecerían a enfermedad isquémica del corazón, 51% (13 123 defunciones) por enfermedad cerebro vascular, 84% (13 385 defunciones) por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 90% (6 544 defunciones). Sin embargo, contamos con poca información sobre los costos económicos que esta epidemia representa en nuestro país.^{8,9,10.}

Un aspecto importante, sobre el cual hasta fechas recientes se han empezado a realizar estudios al respecto, es el relativo a cuantificar el impacto económico que el tabaquismo ocasiona a nuestro Sistema de Salud.

Actualmente, el Instituto Nacional de Salud Pública realiza estudios donde se analizan los costos vinculados con los diversos padecimientos que el tabaquismo causa, así como los gastos asociados al proceso de rehabilitación de estas enfermedades. Con base en los estudios que al respecto han llevado a cabo Jha P. y Chaloupka F., analizan los costos brutos anuales de la atención médica asociados al tabaquismo mismos que representan entre 6% y 15% del gasto total en salud, se estima que los costos brutos asociados al tabaquismo se encuentran en el rango 0.10% y 1.1% del producto interno bruto (PIB). Se estima de manera preliminar que este problema representa actualmente un costo aproximado a los 29 mil millones de pesos a nuestro Sistema de Salud, lo que es equivalente al 0.5% del PIB de México.^{11,12.}

En forma adicional podríamos señalar que conlleva enormes costos sociales, tanto para la familia como para la población, con la consecuente disfunción de éstas, dado que los padecimientos que ocasiona el tabaquismo se vinculan de manera importante con la incapacidad o la muerte prematura de la persona. Asimismo, es causa de ausentismo, ya sea laboral o escolar, pues se ha demostrado que las personas fumadoras o sus hijos, cuando fuma delante de ellos, son susceptibles ambos de padecer con mayor frecuencia infecciones de vías respiratorias.

Otro costo importante a considerar es aquel que tiene que ver con la economía familiar. Por ejemplo, si lo relacionamos con el ingreso de una persona, el costo promedio de una cajetilla de cigarros en México equivale a casi la tercera parte del salario mínimo diario de nuestro país.¹⁰

Las cifras

Desde 1988, con la aplicación de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en todo el país a personas de área urbana entre 12 y 65 años de edad, en México, se empieza a tener una vigilancia epidemiológica más estrecha sobre el comportamiento del tabaquismo.

La Encuesta Nacional de Adicciones que se acaba de realizar el año pasado (2002), incorpora un primer acercamiento sobre el comportamiento del tabaquismo en nuestra población rural.

Esta Encuesta Nacional se ha venido aplicando de manera regular en nuestro país (1988, 1993, 1998 y 2002), por lo que ha permitido observar de manera detallada las tendencias que la epidemia ha mostrado:

- a) Estabilidad en la prevalencia,
- b) Disminución en la edad promedio de inicio,
- c) Mayor consumo entre menores de edad e
- d) Incremento de prevalencia en mujeres.

Los datos de la ENA 2002 indican que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana, son fumadores activos, lo que representa casi 14 millones de personas, 55.4% son no fumadores y 18.2% son ex-fumadores. Por lo que respecta al ámbito rural, encontramos que sólo fuman 14.3% de la población entre 12 y 65 años de edad, lo que equivale a 2.5 millones de fumadores, 70.7% son no y 15% son ex fumadores.

De la población general 55% son fumadores involuntarios (18 144 032 personas) lo que conlleva a señalar que, al menos 8 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país, que tienen

entre 12 y 65 años de edad, se encuentran en mayor o menor grado expuestos a los daños que el tabaco ocasiona. Al comparar el número de fumadores encontrados en la ENA de 1988 con respecto al que arrojó la ENA aplicada en 2002, podemos señalar que éste se incrementó de 9 millones a 14 millones de fumadores. De estos fumadores, 52% fuma diariamente y 61.4% iniciaron a fumar siendo menores de edad.

Al analizar la distribución por sexo, de los 14 millones de fumadores en áreas urbanas, en la ENA 2002 se encontró que 9.2 millones son hombres y 4.6 millones corresponden a mujeres.

En lo concerniente al ámbito rural, se encontraron 2 millones de hombres fumadores y 325 000 mujeres fumadoras. Lo anterior representa que fuman 4 de cada 10 hombres, mientras que 1 de cada 6 mujeres lo hace en el área urbana y que uno de cada 3 hombres fuman y 3 de cada 100 mujeres lo hace. En la ENA de 1988 la proporción de hombres fumadores con respecto a mujeres fumadoras era de 3 a 1, mientras que en la ENA 2002 se encontró que la proporción disminuyó de 2.4 a 1.

En cuanto a la distribución por edad, encontramos que en dicha ENA 2002, un 7.1% de los fumadores son menores de 18 años, que la mayoría los encontramos entre los 18 y 29 años (37.9%) y que casi 7 de cada 10 de ellos es menor de 40 años (68.3%).

Por lo que respecta a la frecuencia de consumo de tabaco y la cantidad de cigarros fumados por día, la ENA 2002 arrojó que de los más de 14 millones de fumadores, mas 52%, lo hace de manera diaria.

Si visualizamos la proporción de fumadores que iniciaron antes de los 18 años, también podremos observar en los últimos años una tendencia estable, mientras que en la ENA 1988 esta proporción era de 52.2% (4 839 074 personas), en la ENA 1993 fue de 56.8% (6 060 762 personas), en la ENA 1998 se incrementó a 61.4% (8 135 772 personas) y en la ENA 2002 encontramos un leve descenso a 58.2% (8 126 614).^{13,14,15,16,17.}

Los adolescentes y el Tabaco

Como hemos visto, uno de los grupos más vulnerable es el de los menores de edad, ya que es en esta etapa de la vida en que existen condiciones propias del adolescente que aunadas a ciertos factores sociales, favorecen su inicio en el consumo del tabaco. Entre tales, encontramos condicionantes como:

- a) La curiosidad. Una de las características de la adolescencia, es explorar y conocer todas aquellas experiencias que se le van presentando.
- b) La imitación. Cuando fuma el padre, la madre o alguna persona cercana y representativa.
- c) El afán de sentirse más grande. El adolescente considera que fumar es una actividad que lo hace ser y sentirse de más edad, o con más experiencia en la vida.
- d) La idea de resaltar masculinidad o feminidad. Considera que con un cigarro entre las manos reafirma su género.
- e) La influencia de amigos. Alguno de sus amigos, le ofrece y/o le invita a probar un cigarro.
- f) La pertenencia de grupo. Dentro de su círculo de amistades, el adolescente encuentra que alguno o varios de ellos fuman, por lo cual considera que si él fuma también se identificará y será aceptado por sus amigos.

En cuanto a los factores sociales que condicionan o favorecen el consumo de tabaco en los menores de edad, identificamos:

- 1) La permisividad. Los adultos permiten que el menor fume, sobre todo en la casa, la escuela o el trabajo.
- 2) La publicidad. La industria tabacalera destina gran parte de sus recursos hacia promociones o publicidad de productos o marcas específicas para iniciar al menor en el hábito.
- 3) El incumplimiento en la normatividad. Se da por desconocimiento de ésta o falta de vigilancia para correcta aplicación.
- 4) La ausencia de espacios libres de humo de tabaco. Sobre todo en aquellos lugares frecuentados por adolescentes, tales como cines, boliches, discoteques.

- 5) Violación al derecho del No Fumador. Los fumadores no se preocupan al fumar delante de personas no fumadoras, ni preguntan si a éstas les molesta que se fume delante de ellas.
- 6) La falta de exigencia por parte del No Fumador. Generalmente nunca se exige al fumador para que no fume delante de uno.¹⁸

En nuestro país se ha identificado que el tabaquismo entre los niños y los adolescentes es un problema en ascenso. La Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar realizada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) mostraba ya desde 1992, que tres de cada diez adolescentes entre los 13 y 18 años de edad admitían haber fumado alguna vez, a pesar de que 9 de cada diez (89.3%) consideraban que fumar una o más cajetillas de cigarros al día es peligroso para la salud.

El estudio señalaba ya los 13-14 años como edad de inicio para fumar, y que por cada 2 hombres que fumaban una mujer lo hacía. Otro dato significativo de este estudio es que en 39% de las escuelas secundarias los estudiantes pueden adquirir cigarros.¹⁹

La Dirección General de Epidemiología llevó a cabo sendos estudios de accesibilidad por menores de edad al tabaco, en los cuales menores de edad (entre 10 y 15 años), acompañados por un adulto (residente de Epidemiología o personal del Sector Salud que observaba el proceso y registraba el resultado), intentaron comprar cigarros. En 1997 se realizó una Encuesta en el Distrito Federal, en 561 tiendas que abarcaban las 16 delegaciones políticas, en donde se observó que en 79% de las tiendas visitadas se les vendió cigarros a menores, que sólo 12% de ellas colocaron letreros indicando la prohibición de la venta a menores de edad y sólo 1% de los despachadores preguntó su edad al menor.²⁰

En el estudio de accesibilidad de menores llevado a cabo en 1999 en Ciudad Juárez, Chihuahua, se visitaron 240 tiendas seleccionadas de manera aleatoria. En 98% de éstas se vendieron cigarros a menores; en cuanto a los letreros o la verificación de la edad del menor, los resultados no fueron siquiera significativos, es decir ni se encontraron letrero ni preguntaron la edad al menor.²¹

Recientemente, en el año 2002, al repetir el estudio de accesibilidad en la Ciudad de México, se encontró que en 73.1% de los intentos se vendieron cigarros a menores de edad, que 57.9 de los establecimientos venden cigarrillos sueltos o de manera individual y que sólo 21% de los establecimientos mostraron algún anuncio señalando la prohibición de vender a menores de edad.²²

De igual forma, en el año 2000 se llevó a cabo en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, la aplicación de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo y Juventud, con el propósito de observar cuál es el comportamiento de esta epidemia en los adolescentes y cuáles son los conocimientos y percepción que éstos tienen sobre el problema del tabaquismo. En esta encuesta, participaron 48 escuelas secundarias y se aplicaron 1926 cuestionarios (51% en hombres, 49% en mujeres). La mitad de los encuestados señalaron haber fumado alguna vez en su vida y uno de cada 4 de ellos fumó su primer cigarro entre los 12 y 13 años de edad. Así mismo, uno de cada 6 de ellos, el 16.2%, fuma actualmente y de quienes fuman, uno de cada seis reconoce que consume drogas ilícitas (principalmente marihuana).

Un dato representativo es que 8 de cada 10 consideran al cigarro como algo dañino o perjudicial para la salud, mientras quines fuman un 57% prefiere los llamados cigarros "light". Esto muy seguramente tiene que ver con una falsa percepción, en gran parte inducida por la industria tabacalera, de que tales cigarros son menos perjudiciales.^{23,24}

Un problema asociado consiste en que el tabaquismo actúa como principal puerta de entrada de los adolescentes al consumo de otras drogas. Se conoce que aquel que empieza a fumar en esta etapa de la vida tiene mayor riesgo, 14%, de consumir marihuana o alcohol, además de que 97.2% de los fumadores consumen una segunda droga, principalmente alcohol, de los cuales el 83% consume una tercera droga, principalmente marihuana. Al analizar esta problemática de consumo de tabaco por los adolescentes y relacionarla con la edad de inicio, se conoce que aquellos que empezaron a fumar entre los 15 y los 18 años, afronta 5 veces más riesgo de consumir

cualquier droga. Este riesgo se incrementa 12 veces más, en quienes empezaron a fumar antes de los 15 años.

En cuanto a la relación del tabaco con el consumo de alcohol, podemos señalar que los jóvenes que empezaron a fumar entre los 15 y los 18 años de edad tienen 6 veces más riesgo de consumir alcohol diariamente y este riesgo se incrementa en 7 personas que empezaron a fumar antes de cumplir los 15 años.^{25,26.}

Conclusiones

El tabaquismo representa hoy en día un serio problema de salud pública para nuestro país, tanto por el número de fumadores que hay, como por la cantidad de quienes están expuestos al humo de tabaco.

La epidemia es de tal magnitud a escala mundial, que adicionalmente a las diversas recomendaciones emitidas para combatir esta pandemia, la OMS encabeza un esfuerzo multinacional para suscribir un Convenio Marco que permita enfrentar de manera conjunta y armónica los grandes intereses económicos y políticos de la industria tabacalera. En este Convenio se incorpora una visión estratégica que consideran importantes no sólo los esfuerzos que cada país emprende, sino que son necesarios los acuerdos regionales, continentales y mundiales para proteger la salud de la población, por encima de cualquier interés comercial o político.

Las recomendaciones planteadas por la OMS buscan sobre todo detener el consumo del tabaco y que el control de éste sea una prioridad en las políticas públicas de los gobiernos. Parten de reconocer que la nicotina es una sustancia perjudicial y psicoactiva, que debe ser identificada como droga que ubica al cigarro como su instrumento de dosificación. Señalan como algo importante emprender medidas legislativas y regulatorias que tiendan a incrementar las restricciones comerciales y publicitarias de los productos de tabaco, además de buscar una mayor carga impositiva a los mismos y reforzar las acciones de educación para la salud.²⁷

La vigilancia epidemiológica que se ha hecho sobre este problema, señala ya tendencias fundamentales en su comportamiento en México, que requieren de decisiones inmediatas, intensivas y decididas para detener y revertir dichas tendencias.

Por un lado, es evidente que cada vez se está fumando a más temprana edad, sin que ningún programa preventivo, ni ninguna medida regulatoria empleada hasta el momento haya funcionado. Esto no quiere decir que las medidas empleadas no sean las correctas, sino que no las hemos sabido instrumentar o vigilar. Tal es el caso de la venta a menores, pues a pesar de saber que las tiendas realizan ese consumo indebido, y de contar con los instrumentos legales para actuar, no hemos sido capaces de aplicar dicha normatividad e imponer las sanciones conducentes.

De igual modo, debemos señalar el incremento del consumo del tabaco en adolescentes y mujeres, por lo que resulta fundamental emprender acciones preventivas dirigidas a estos grupos y a quienes ya fuman, para concientizarlos sobre los daños a la salud de esta adicción y ofrecerles alternativas terapéuticas. En esta labor el papel del personal de salud es importante, de ahí que sea necesario crear en el Sistema de Salud todas aquellas redes de apoyo necesarias para abatir el consumo de tabaco en su personal y retomar el liderazgo en esta lucha.

Por otra parte, conocemos que aproximadamente 31 millones de mexicanos están expuestos de manera voluntaria o involuntaria a los daños a la salud causados por el tabaco, lo que representa poco menos de la tercera parte de la población total de México. Por ello es importante avanzar en la incorporación de cada vez más lugares libres del humo del tabaco y por ende respetar los derechos de los no fumadores.

En cuanto a las principales afecciones que se relacionan de manera directa o indirecta con el consumo del tabaco, como los diferentes tipos de cáncer, los padecimientos cardiovasculares y los neumológicos, es importante que los especialistas en estas áreas participen cada vez más en acciones preventivas y de investigación que puedan contribuir a disminuir los efectos letales de esta epidemia.

Las estrategias de prevención y control del tabaquismo en México, se han enfocado desde un punto de vista integral, el cual contempla acciones de prevención, protección de los fumadores involuntarios y no fumadores, cesación y rehabilitación, control de la publicidad e incremento de impuestos. Sin embargo, se requiere de la participación de todos: gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales, comunidades e individuos, para combatir de manera frontal el uso de este producto. Sólo así podremos legar a nuestros hijos un México libre del humo del tabaco.^{28,29,30}

Referencias bibliográficas:

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Tabacos Mexicanos S.A. de C.V. Atlas del Tabaco en México. México: 1989.
2. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos / Tabacos Mexicanos S.A. de C.V. Historia y Cultura del Tabaco en México. México D.F.:1988.
3. Organización Panamericana de la Salud. 43er. Consejo Directivo. 53ª Sesión del Comité Regional. El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas. CD 43/13. Washington D. C., EUA, 24 – 28 de septiembre 2001.
4. World Health Organization. The smoking epidemic-"a fire in the global village". 25th August, Ginebra: 1997, Press Release WHO/61.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Tabaco o salud: situación en las Américas. USA: 1992, Publicación Científica No. 536. OPS/OMS, Washington D.C.
6. World Health Organization. The world health report 1996: fighting disease, fostering development. Geneva: 1996.
7. World Health Organization 1998. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. WHO, 1999 Making a difference. World Health Report, Geneva, Switzerland.
8. Secretaría de Salud. Mortalidad 2001. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. México: 2002.
9. Tapia Conyer R, Kuri Morales P, Meneses González F. Smoking attributable mortality-Mexico 1992. MMWR 1995;44:372-381.
10. Kuri Morales P. González-Roldán JF, Hoy M.J. La Epidemia del Tabaquismo en México. Dirección General de Epidemiología / Secretaria de Salud. Mimeo. México D.F.:2002.
11. Jha P, Chaloupka F. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, D.C.: The World Bank, 1999.
12. Coordinación de Planeación Estratégica de la Secretaría de Salud. Análisis del Impacto económico del tabaquismo en el Sistema Nacional de Salud. Mimeo, México D.F.: 2002.
13. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Medina Mora ME, Hoy MJ, Kuri P. El consumo de tabaco en México. Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998. México D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 53-60.
14. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1988 (ENA-88). México: 1988.
15. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1993 (ENA-93). México: 1993.
16. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (ENA-98). México: 1999.
17. Secretaría de Salud, CONADIC, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, INEGI. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002). México: 2002.
18. Camacho Solis, R. y col, Memorias: "Seminario sobre el Tabaquismo en México", Instituto Nacional de Salud Pública / John Hopkins University / Dirección General de Epidemiología, México 2000.

19. Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. México: 1992.
20. Kuri Morales P, Cravioto P, Hoy M, Huerta S, Revuelta A, Jasso B, et al. Illegal sales of cigarettes to minors-Mexico City, Mexico 1997. MMWR 1997; 46: 440-444.
21. Adame Moreno R, Ibarra O, Torres H. Kuri Morales P, Hoy M, Tapia Conyer R, et al. Illegal sales of cigarettes to minors- Ciudad Juárez, México; El Paso Texas; and Las Cruces, New Mexico, 1999. MMWR 1999; 48: 394-398.
22. Kuri Morales P, Hoy Gutiérrez M, Cortés M. Accesibilidad de los Menores al Tabaco en la Ciudad de México. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Mimeo. México D.F. 2002.
23. Kuri Morales P, Hoy Gutiérrez M, González-Roldán JF. Reporte de la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco aplicada en Monterrey, México. Mimeo
24. <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS>
25. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Medina-Mora ME, Hoy MJ, Kuri P. Consumo y abandono del uso de productos de tabaco. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 53-59.
26. Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P, Del tabaco al uso de otras drogas: ¿El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? Rev. Salud Pública de México, suplemento I: La epidemia del Tabaquismo. Vol. 44, Cuernavaca, México: 2002.
27. World Health Organization: Framework Convention on Tobacco Control. (Documents) 2000.
28. Tobacco or Health Programme. World Health Organization. Tobacco or Health: A global status report. Country profiles by region 1997.
29. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (periodo 1990-1999), 2000.
30. Programa contra el tabaquismo, Secretaría de Salud, México 2000.



Uso y abuso de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002

Jorge Villatoro

INVESTIGADOR EN CIENCIAS MÉDICAS,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE (INPRFM)

Ma. Elena Medina-Mora,

DIRECTORA DE INVESTIGACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES,
INPRFM

Patricia Cravioto,

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN
OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA,
DIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA (DGE), SECRETARÍA
DE SALUD (SS)

Clara Fleiz,

INVESTIGADOR EN CIENCIAS MÉDICAS,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE (INPRFM)

Fernando Galván,

SUBDIRECTOR DE DIAGNÓSTICO Y
ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Estela Rojas,

INVESTIGADOR EN CIENCIAS MÉDICAS,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE (INPRFM)

José Castrejón

DIRECTOR DE VINCULACIÓN
SECTORIAL, CONSEJO NACIONAL
CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC)

Pablo Kuri,

DIRECTOR GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA, SS

Alma García

RESPONSABLE DE VINCULACIÓN CON
LOS SECTORES SOCIAL Y PRIVADO,
CONADIC, SS

Introducción

En los últimos años, particularmente durante la década de los 90s, nuestro país ha visto incrementar el consumo de sustancias, especialmente la marihuana y la cocaína. Adicionalmente, a finales de la década anterior y en lo que ha transcurrido de ésta, el consumo de estimulantes tipo anfetamínico (tachas, éxtasis, etc.) han sido las drogas de moda en nuestros adolescentes (3,5,6,8). También se ha observado que el consumo de drogas ilegales es más característico de los hombres y que el uso de drogas médicas, en particular los tranquilizantes, es preferido por las mujeres (4).

Entre otros aspectos, los datos de la anterior Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 (2,3), indican que el grupo de los hombres de 18 a 34 años es el más afectado por el consumo y en especial la zona norte de nuestro país. Al observar las tendencias del consumo, 1993-1998 se encontró que ha habido incremento en el consumo de sustancias, especialmente de cocaína.

Sin embargo, datos más recientes de la encuesta de estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México (8,9) y de los Centros de Integración Juvenil muestran que ha habido una estabilización en el consumo de cocaína tanto entre estudiantes como en los usuarios que asisten a tratamiento en los diferentes centros del país y sus mismos reportes indican también una estabilización en el índice de usuarios de cocaína y aún un descenso, junto con el aumento de casos de consumo de estimulantes tipo anfetamínico, especialmente en la frontera con Estados Unidos, en la costa del pacífico y en el centro del país (1).

Este seguimiento del panorama epidemiológico de la problemática del consumo de drogas, ha sido posible porque en el país se cuenta con una gran cantidad de investigaciones en el área, que incluye al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA), las encuestas nacionales de adicciones (ENA), de estudiantes y de poblaciones especiales, los registros de casos por parte de los Centros de Integración Juvenil y por el Sistema de Reporte de Drogas SRID (6), que opera en la Ciudad de México, los estudios que se realizan en diferentes partes del país. La confluencia de todas estas fuentes de información se realiza gracias al esfuerzo de todas las instituciones participantes, en el Observatorio Epidemiológico de nuestro país.

En el caso de las encuestas nacionales de adicciones, al presente se cuenta con 4 estudios realizados en intervalos aproximados de 5 años (1988, 1993, 1998 y 2002). Estas encuestas se realizan en entrevista cara a cara con el informante, en una población de 12 a 65 años de edad y que habita en sus hogares. Es el objetivo del presente trabajo, presentar los datos de consumo de drogas médicas e ilegales encontrados en la cuarta encuesta de adicciones, cuyo levantamiento de campo se realizó entre marzo y junio del 2002.

Método

La Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002) se realizó con el fin de actualizar la información sobre la prevalencia y abuso de sustancias adictivas para los residentes habituales de viviendas particulares en población urbana y rural entre 12 y 65 años⁸.

Muestra

El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado con selección de conglomerados, en varias etapas de muestreo (AGEB's, manzanas, viviendas e individuo). En donde la unidad última de selección fue un residente de las viviendas seleccionadas, que contara con 12 a 65 años cumplidos al momento de la entrevista.

La tasa de no respuesta se muestra en la siguiente tabla:

Concepto	Absoluto	Relativo
Viviendas seleccionadas	14 043	100.0%
Viviendas entrevistadas	11 252	80.1%
Viviendas no entrevistadas	2 791	19.9%
Tipo "A" (Viviendas ocupadas)	298	2.1%
Tipo "B" (Viviendas desocupadas)	1 588	11.3%
Tipo "C" (Viviendas no localizadas)	201	1.5%
Tipo "D" (Seleccionado sin información)	704	5.0%

Cabe señalar que en 536 viviendas que representan el 3.8% de las seleccionadas, se aplicó únicamente la tarjeta de registro de hogares, ya que carecían de residentes habituales dentro del rango de edad requerido por la encuesta. La población de las viviendas referidas, forma parte de la población total obtenida por la expansión de la muestra de la ENA-2002, no así en lo que respecta al cuestionario básico utilizado, debido a que no hubo respuesta en éste.

Instrumento

La información se recabó utilizando un Cuestionario Básico estandarizado, elaborado por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría y de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, que se aplicó mediante una entrevista cara a cara, realizada por encuestadores que fueron previamente capacitados en el manejo del cuestionario, el cual contiene indicadores básicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud para evaluar uso/abuso y dependencia a sustancias, así como los problemas que se asocian con esta práctica. Incluye además preguntas que permiten identificar al usuario de acuerdo con variables socio-demográficas, percepción social del consumo, factores de riesgo para el inicio y el abuso de sustancias. Este cuestionario ha sido utilizado en estudios previos.

Mediante el Cuestionario Básico, se indagó entre los seleccionados el uso de diversas sustancias, además de las particularidades de los patrones de su consumo. De acuerdo a las diferentes variables y drogas que interesaban para el estudio, el cuestionario se dividió en los siguientes dieciocho capítulos o secciones:

<ul style="list-style-type: none">• Historia migratoria• Consumo de tabaco• Uso de alcohol• Opiáceos• Tranquilizantes• Sedantes y barbitúricos• Anfetaminas• Marihuana• Cocaína	<ul style="list-style-type: none">• Pasta de cocaína• Crack• Alucinógenos• Inhalables• Heroína• Metanfetaminas• Problemas relacionados con el consumo de drogas• Utilización de servicios• Opinión sobre la gravedad del uso de drogas• información sobre su consumo y asistencia a cursos sobre el tema
---	---

Adicionalmente se empleó una Tarjeta de Registro de Hogares, en la cual se registraron todos los datos básicos de cada unidad en muestra, como las características generales de la vivienda y la

⁸ Nota metodológica: Es importante señalar que esta encuesta se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores. Entre otros aspectos, se incluyó por primera vez el componente rural y, en esta ocasión, no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni el de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998. Por ello, es importante señalar que al analizar las tendencias del consumo entre las diversas encuestas, se considere que en sentido estricto esta encuesta no es totalmente comparable con las anteriores.

información sociodemográfica de todas las personas que cumplieran con los criterios de residentes habituales del hogar.

En cuanto al periodo de referencia de las preguntas, la tarjeta de registro de hogares capta los datos requeridos en ella con una temporalidad específica; así las características de la vivienda y la zona donde está ubicada se obtienen al momento de la entrevista, lo mismo ocurre con los servicios de la vivienda y la tipología del hogar que la habita; los datos sociodemográficos también se establecen tomando como referencia el día de la entrevista. Con la finalidad de determinar claramente la caracterización laboral de las personas que son residentes habituales de la vivienda, ésta se pregunta utilizando como referencia la semana anterior a la entrevista.

Respecto al cuestionario, con algunas excepciones, la mayor parte de las preguntas se plantean en forma intemporal, inquiriendo inicialmente sobre el consumo de determinadas sustancias, sin importar la temporalidad del hecho, tal como se puede apreciar en él. Sin embargo, buscando establecer patrones de consumo, para cada una de las sustancias de interés, se pregunta sobre la edad a la que se utilizó por primera vez, cuántas veces se ha empleado, la última vez que se usó y cuántos días se consumió en el mes anterior a la entrevista.

Procedimiento

Los encuestadores fueron cuidadosamente capacitados en los aspectos operativos del trabajo de campo y en el manejo del cuestionario básico y de la tarjeta de registro de hogares. El curso de capacitación con una duración de 3 días, abarcó los siguientes temas: manejo de cartografía, técnica de entrevista, conceptos e instrucciones para el llenado del cuestionario básico y de la tarjeta de registro de hogares y piloteo en campo.

Una vez concluida la etapa de capacitación del personal, se inició el trabajo de campo con los encuestadores, quienes recolectaron la información y los supervisores quienes organizaron y verificaron las actividades de listado y selección de los segmentos de viviendas, la asignación de cargas de trabajo y la verificación de la calidad de la información recabada. Asimismo, se tuvieron críticos codificadores quienes revisaron que la información entregada por los encuestadores estuviera acorde con el diseño del cuestionario.

Resultados

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 muestran que del total de la población del país entre los 12 y 65 años de edad, el 5.03% ha usado drogas alguna vez en su vida, lo que equivale a 3 508 641 personas. Por sexo el 4.83% de los hombres y el 1.29% de las mujeres de 12 a 34 años han consumido drogas. En el rango de edad de 35 a 65 años las prevalencias disminuyen: 3.76% hombres y 0.82% mujeres.

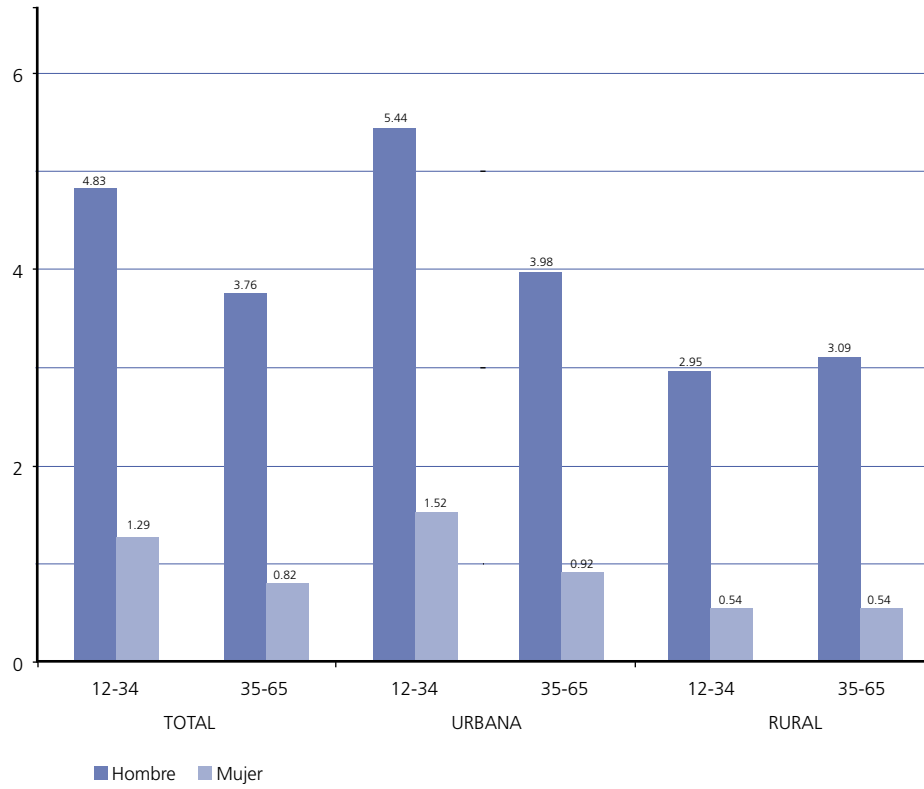
La región urbana presenta las prevalencias más altas de consumo con 5.57% que representa a 2.9 millones de personas que han usado drogas. En el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34% con un total de 563 242 personas. En ambas regiones el consumo es más fuerte entre los hombres. (Gráfica 1)

El consumo de drogas médicas fuera de prescripción equivale al 1.21% de toda la población entre los 12 y 65 años de edad. Es más alto entre la población urbana (1.38%) en comparación con la región rural (0.67%). Es interesante observar que el consumo de este tipo de drogas no presenta diferencias importantes por sexo en ambas regiones, debido a que el 1.45% de los hombres y el 1.34% de las mujeres de la región urbana han consumido drogas en comparación con el 0.74% de los hombres y el 0.61% de las mujeres de la región rural. (Gráfica 2)

El consumo de drogas ilegales es considerablemente más alto entre los hombres de zonas urbanas debido a que 2 101 007 personas han consumido alguna de estas drogas en algún momento de su vida, en comparación con las mujeres quienes reportan una prevalencia inferior (1.16%). El consumo en la región rural es más bajo tanto en los hombres (5.34%) como en las mujeres (0.47%). (Gráfica 3)

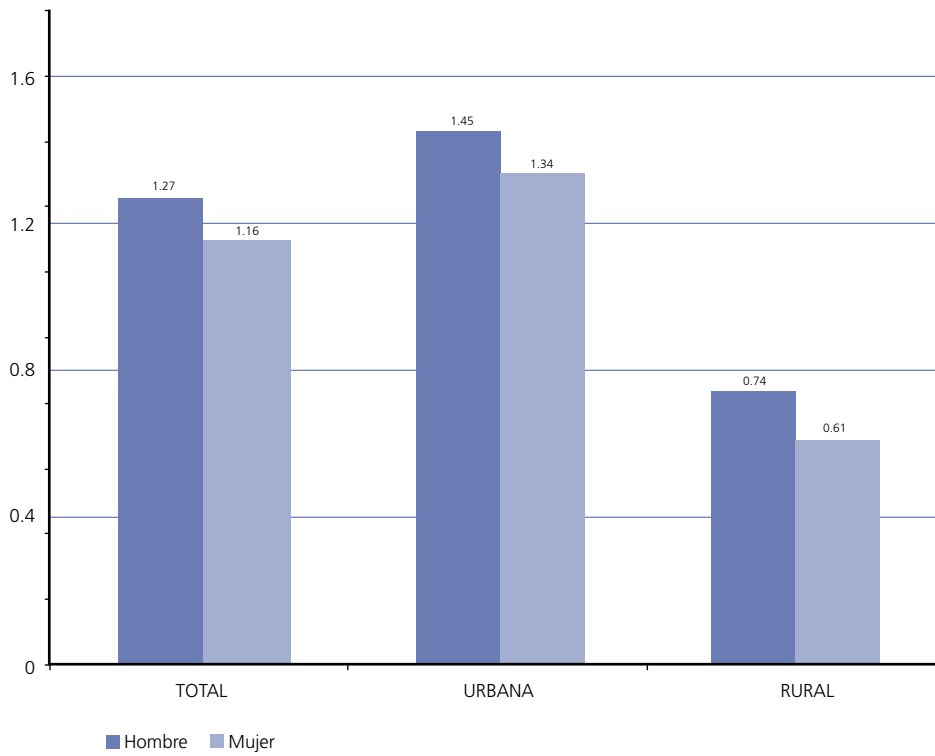
GRÁFICA 1

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS ALGUNA VEZ



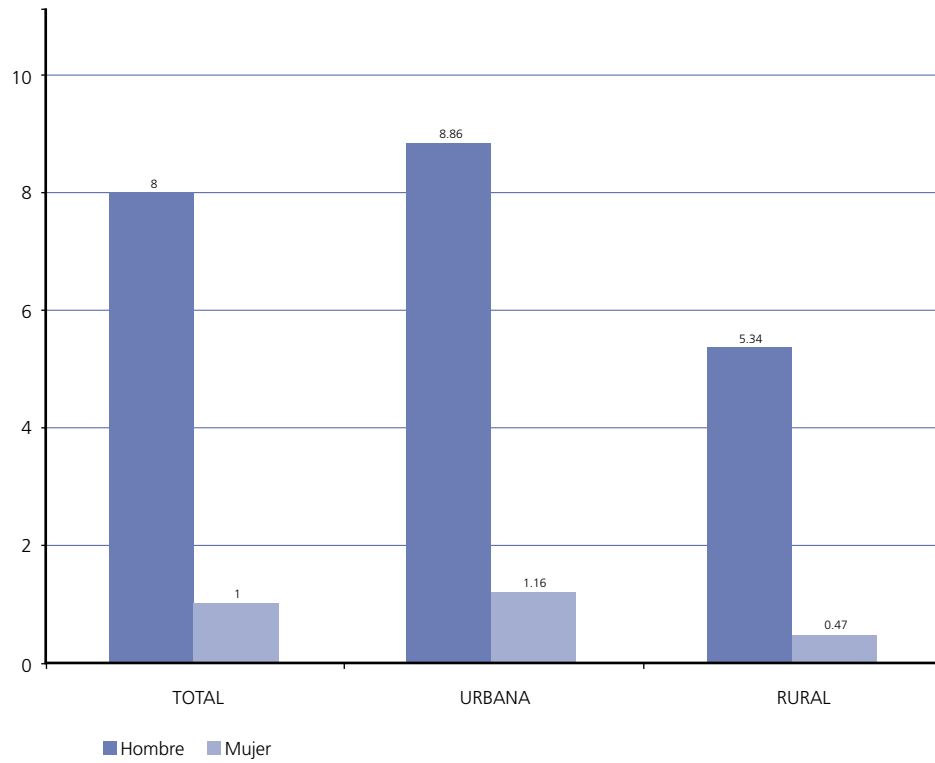
GRÁFICA 2

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS MÉDICAS



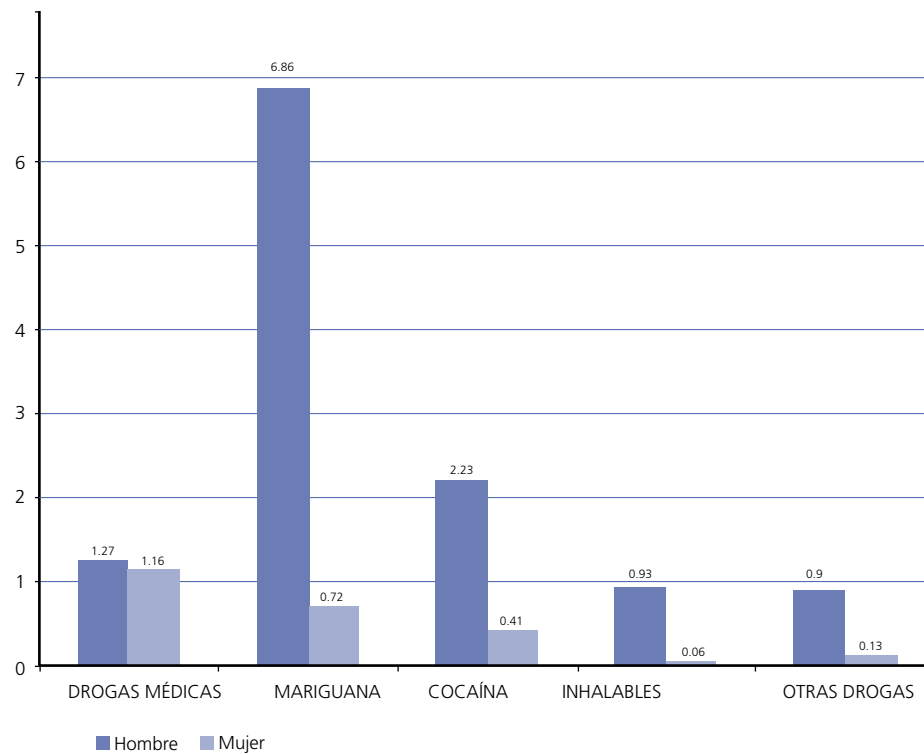
GRÁFICA 3

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS ILEGALES



GRÁFICA 4

POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO DROGAS POR TIPO



La droga ilegal de preferencia es la marihuana (3.48%) seguida de la cocaína (1.23%), las drogas médicas fuera de prescripción (1.21%) y por último los inhalables (0.45%). Por sexo, es importante destacar que principalmente los hombres son quienes consumen estas drogas, en especial la marihuana (6.86%) y la cocaína (2.23%). (Gráfica 4)

Los resultados indican cómo estas drogas ilegales se consumen con mayor frecuencia en la región urbana, en particular la marihuana (3.87%), la cocaína (1.44%) y las drogas médicas fuera de prescripción (1.38%). La prevalencia de inhalables fue considerablemente baja en ambas regiones con respecto a las demás drogas (0.57% urbana y 0.16% rural) (Gráfica 5)

El 0.97% de la población entre 12 y 65 años ha consumido drogas por lo menos una vez en el último año. Las mujeres reportan las prevalencias más bajas de consumo en el último año (0.55%) en comparación con los hombres (1.48%). Asimismo, los hombres y las mujeres de la región rural muestran las prevalencias más bajas de consumo en el último año (1.55% y 0.46% respectivamente) (Gráfica 6).

De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de los consumidores de drogas, lo hacen de forma experimental es decir de 1 a 5 veces, tanto en la región urbana como en la rural. Los datos reflejan que casi el 9% del total de consumidores ha consumido en esta frecuencia y un poco más del 2% ha consumido 6 veces o más (Gráfica 7).

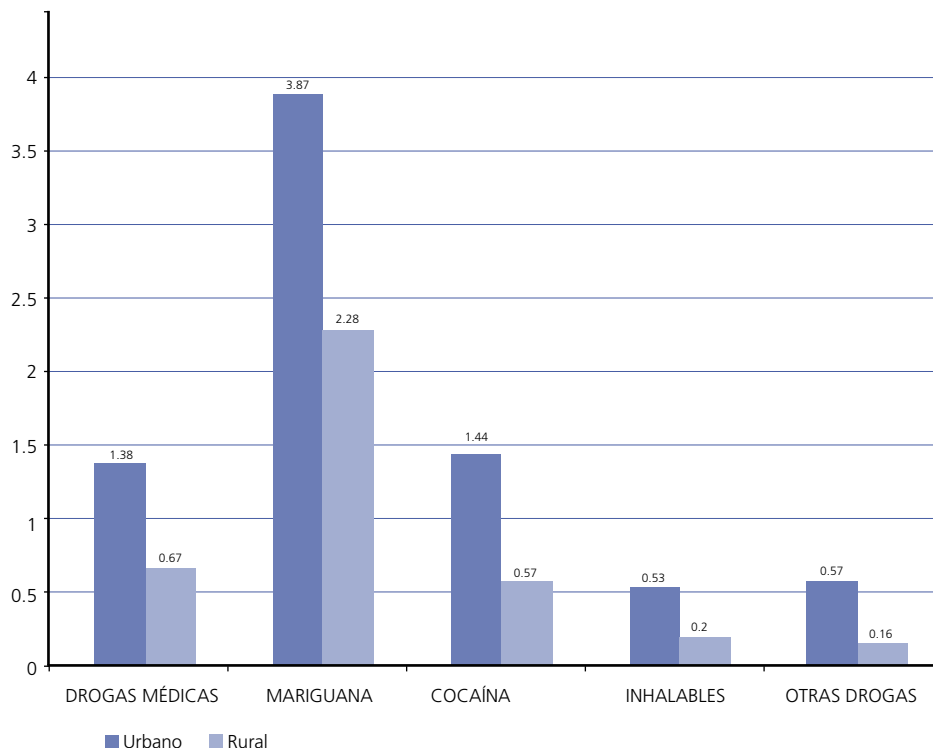
La principal fuente de obtención de drogas para los hombres son los amigos (5.22%). Sin embargo, una parte importante mencionó que las obtuvo en la calle (3.02%). En el caso de las mujeres casi el .9% reporta otras fuentes de obtención no definidas (Gráfica 8).

Cabe destacar que tanto en la región urbana como en la rural, la principal fuente de obtención de drogas son los amigos (3.19% y 1.62% respectivamente). La calle también es considerada un lugar importante para conseguir drogas, tanto en el ámbito urbano como en el rural (1.62% y 1.12% respectivamente) (Gráfica 9).

Una proporción muy baja de los usuarios de drogas han solicitado ayuda (0.25%), lo que corresponde a 171 293 personas. Los resultados por sexo muestran como particularmente las mujeres

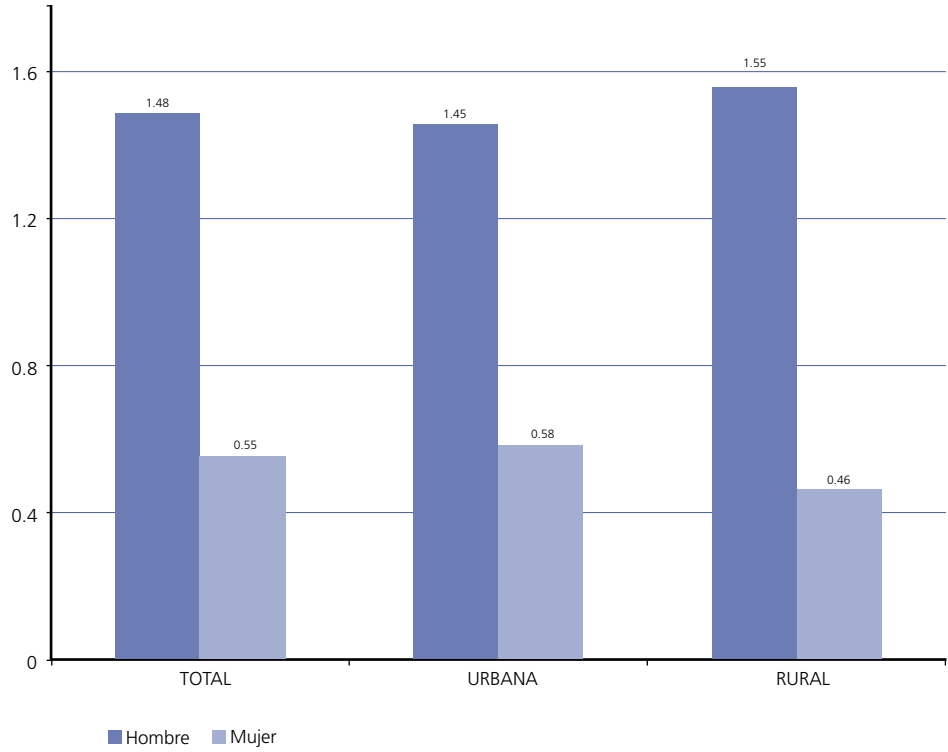
GRÁFICA 5

POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO DROGAS POR TIPO



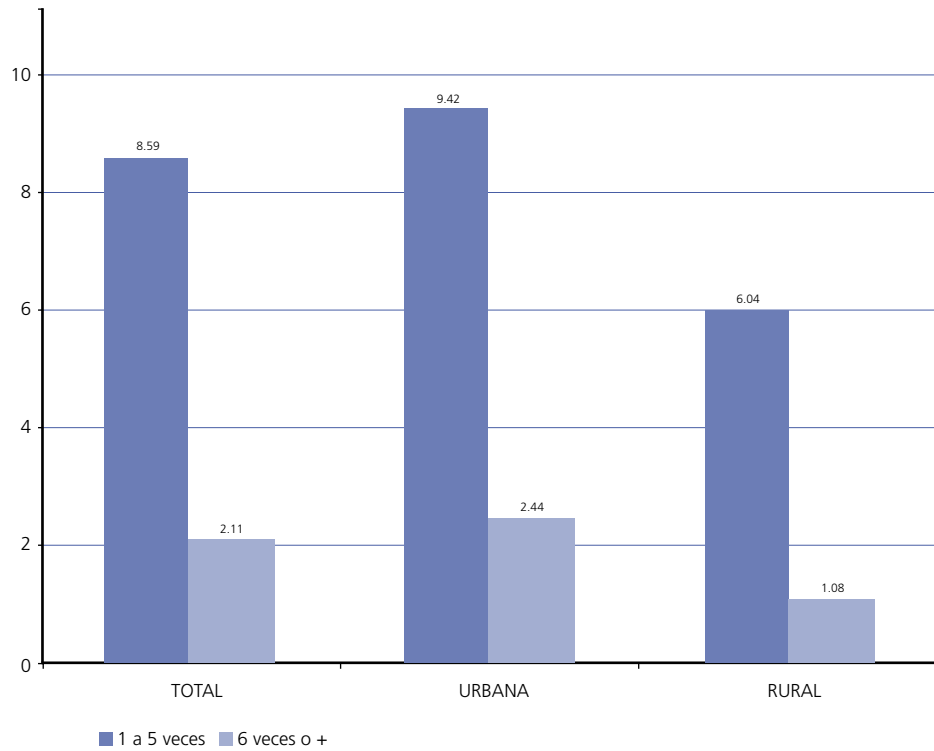
GRÁFICA 6

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS POR LO MENOS UNA VEZ EN EL ÚLTIMO AÑO

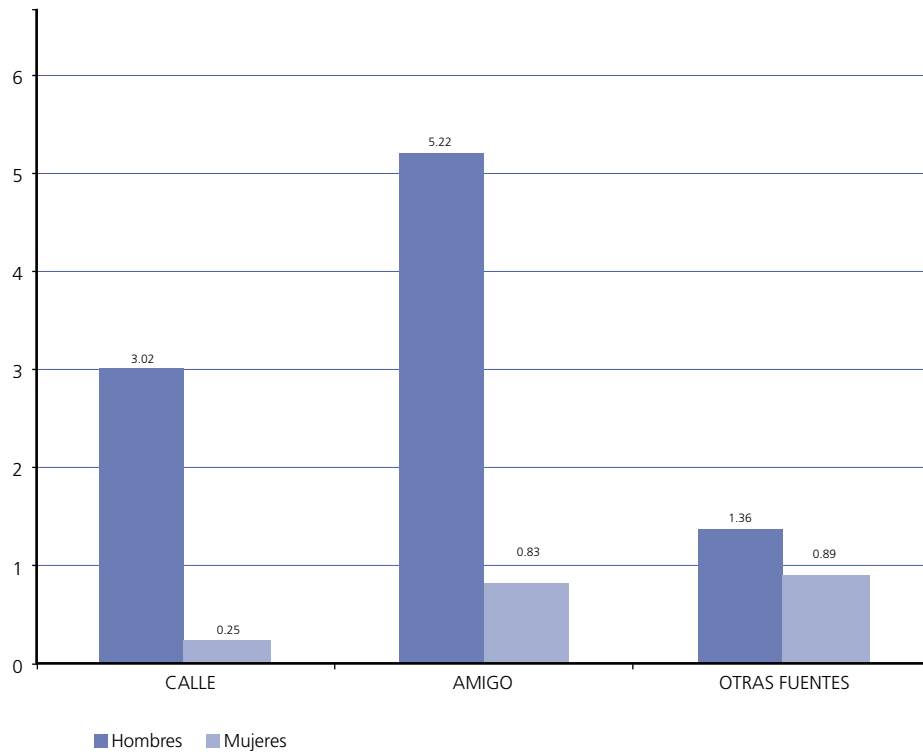


GRÁFICA 7

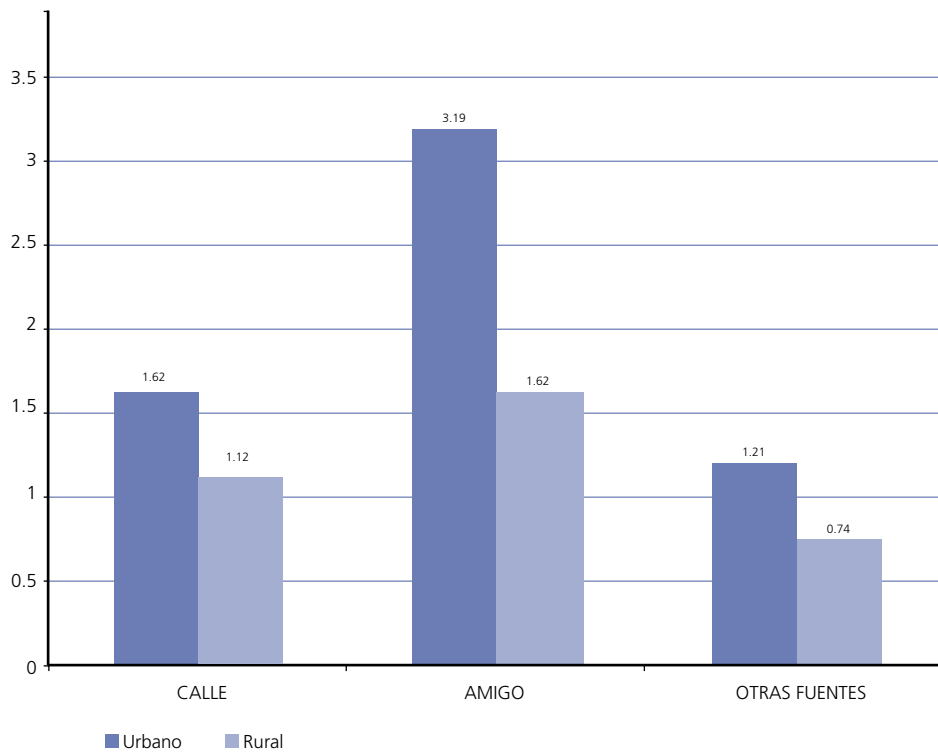
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS SEGÚN NÚMERO DE VECES



GRÁFICA 8
LUGAR O FUENTE DE OBTENCIÓN



GRÁFICA 9
LUGAR O FUENTE DE OBTENCIÓN



son quienes menos solicitan ayuda por problemas relacionados con el consumo de drogas (0.05%). Sin embargo, a pesar de que los hombres acuden más a pedir ayuda, tampoco reportan porcentajes altos (0.49%) (Gráfica 10).

Por tipo de región rural y urbana, los resultados son similares debido a que el 0.29% de las personas que habitan en regiones urbanas han solicitado ayuda por problemas relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, éste porcentaje disminuye considerablemente para la región rural debido a que sólo el .11% lo ha hecho (Gráfica 11).

Respecto a los problemas derivados del consumo de drogas de los usuarios, principalmente los hombres reportan haberse involucrado en discusiones (1.37%), peleas (0.95%) y problemas con la policía (0.93%). Es importante mencionar que las mujeres se han involucrado mucho menos en este tipo de actividades (Gráfica 12).

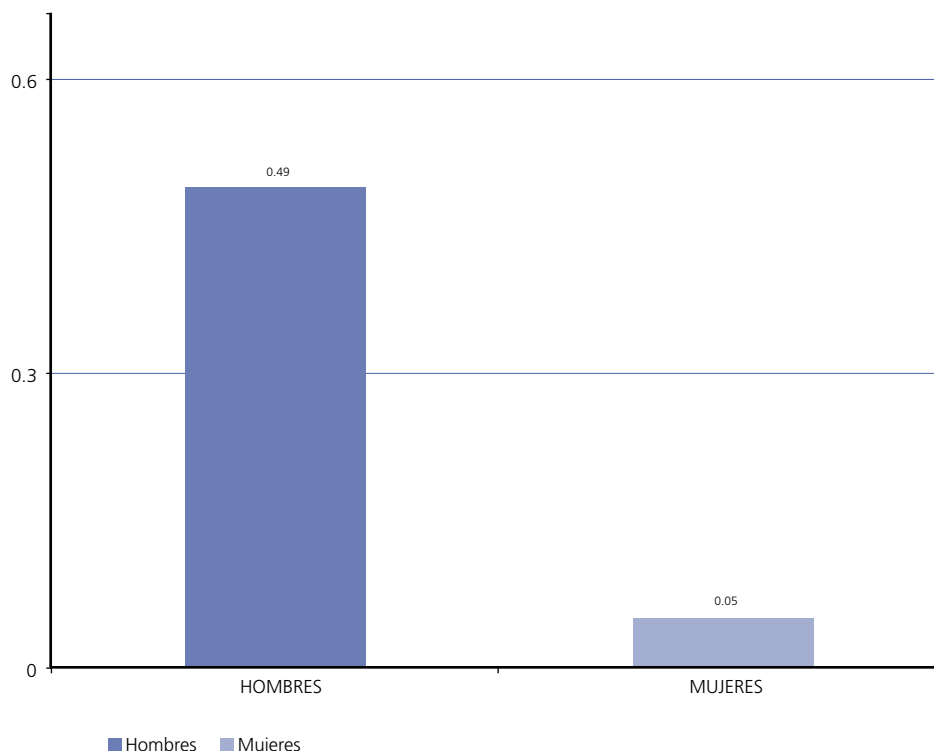
Los resultados indican que entre la población urbana los problemas asociados al consumo de drogas son más frecuentes que en la región rural. En este sentido destacan problemas como discusiones (0.93%), peleas (0.63%) y problemas con la policía (0.55%) (Gráfica 13).

En lo que respecta al número de veces la gráfica muestra como aproximadamente el 46.6% de los hombres ha consumido drogas principalmente entre 1 y 2 veces, el 17.3% entre 3 y 5 veces, el 11.2% entre 6 y 10 veces, el 9.4% entre 11 y 49 veces y el 14.2% 50 veces o más. En el caso de las mujeres aproximadamente la mitad ha consumido entre 1 y 2 veces, el 17.5% entre 3 y 5 veces, el 5.6% entre 6 y 10 veces, casi el 10% entre 11 y 49 veces y el 14.2% 50 veces o más (Gráfica 14).

La población rural es la que principalmente ha consumido de forma experimental, debido a que un poco más de la mitad de las personas han utilizado drogas entre 1 y 2 veces (52.3%). En el caso de la población urbana el 46.6% ha consumido drogas entre 1 y 2 veces. Es importante mencionar que el uso continuado es una práctica menos frecuente sobre todo en la población rural (Gráfica 15)

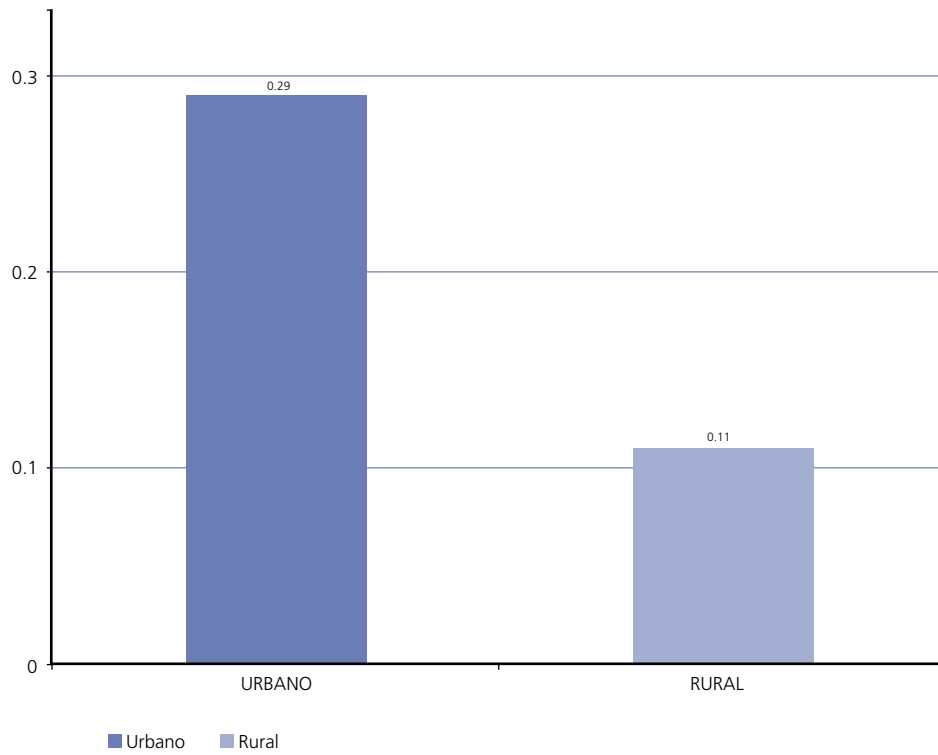
GRÁFICA 10

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HA SOLICITADO AYUDA



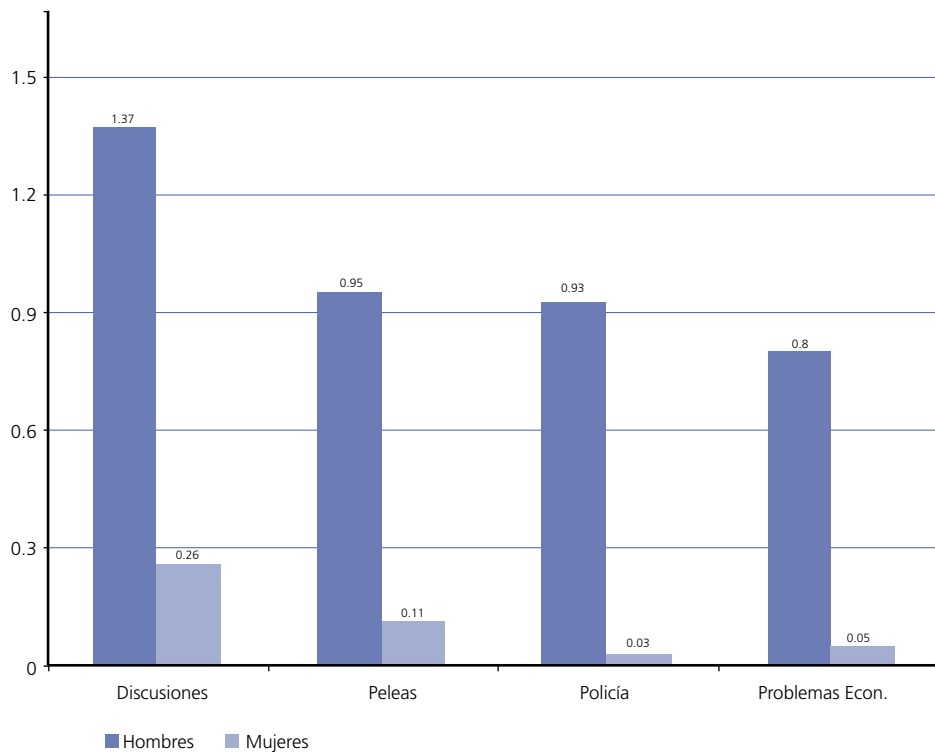
GRÁFICA 11

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HA SOLICITADO AYUDA



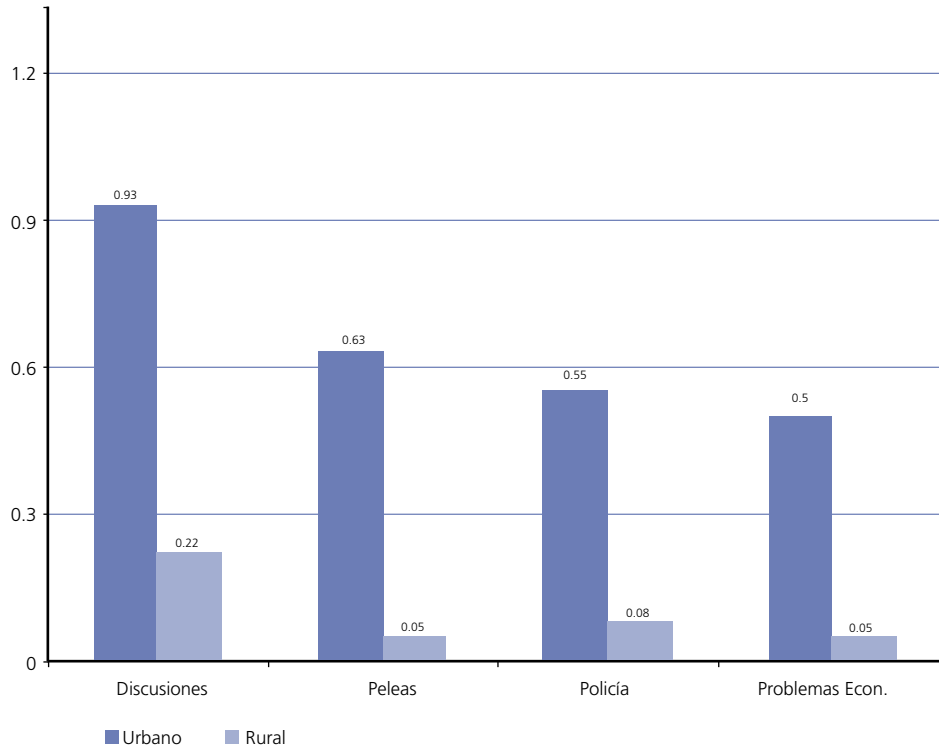
GRÁFICA 12

EXPERIENCIAS VIVIDAS POR EL USO DE DROGAS



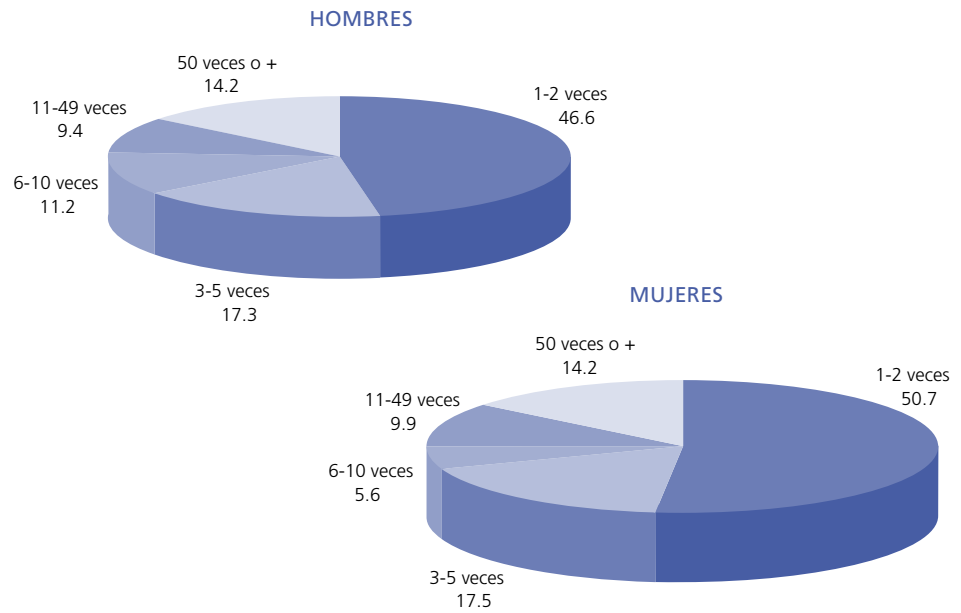
GRÁFICA 13

EXPERIENCIAS VIVIDAS POR EL USO DE DROGAS



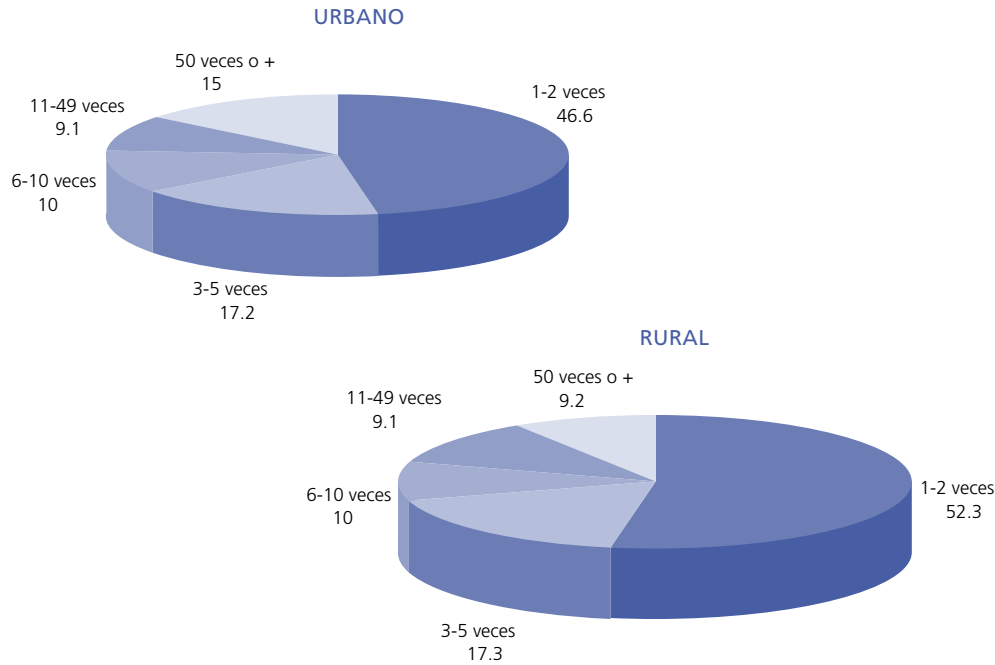
GRÁFICA 14

NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO DROGAS



GRÁFICA 15

NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO DROGAS



CUADRO 1

TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACIÓN URBANA DE 12 A 65 AÑOS QUE LAS HA USADO EN EL ÚLTIMO AÑO

Tipo de droga	1988	1993	1998	2002	IC 95% 2002
Mariguana	1.21	0.58	1.03	0.61	0.39-0.82
Cocaína	0.18	0.22	0.45	0.38	0.26-0.55
Inhalables	0.26	1.17	0.15	0.09	0.01-0.2
Alucinógenos	0.12	0.04	0.03	0.01	0-3.003
Heroína	0.05	0.03	0.02	0.01	0-3.0

En cuanto a las tendencias del consumo de drogas en el último año (Cuadro 1), en las comunidades urbanas, se observa en general una estabilización en el consumo. En el caso de la mariguana incluso se observa una ligera disminución, similar al nivel de consumo que se tenía en 1993.

Conclusiones

Los datos de consumo de drogas de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 indican que ha habido una estabilización en el consumo de drogas.

Se observa que las diferentes drogas muestran niveles de consumo similares a lo encontrado en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Esto ya ha sido señalado con otros estudios que indican que el consumo especialmente el de cocaína ha tendido a estabilizarse (1,6)

La encuesta nos muestra, como era de esperarse, que el consumo es más elevado en general en las zonas urbanas del país con relación a las zonas rurales, especialmente el consumo relacionado con las drogas ilegales, tema de este artículo, sin embargo el consumo en zonas rurales es elevado y preocupante por la menor infraestructura que existe para contender con el problema en estas regiones del país. Si bien esta es la primera vez que se obtienen datos sobre consumo

de drogas a nivel nacional en localidades rurales, estudios previos realizados en poblaciones de alto nivel de migración internacional (7), habían ya señalado la difusión de consumo en estas zonas. Al aumento del problema en estas áreas pueden contribuir además factores relacionados con la producción y tránsito de drogas.

Otro aspecto interesante es que aunque el consumo de drogas es mayor en los hombres, los porcentajes de las mujeres empiezan a ser más similares a los de ellos, particularmente en las zonas urbanas. Este dato ya ha sido observado en diversos estudios aunque más bien relacionado con el consumo de alcohol y tabaco (3,4,5,8)

En cuanto a la preferencia por drogas, la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y, para los hombres, le siguen la cocaína y los inhalables; en tanto, para las mujeres, le siguen los tranquilizantes y después la cocaína. Estas preferencias son similares a lo que se reporta en las encuestas con estudiantes (8,9); en cuanto a las preferencias en las encuestas anteriores, ahora se observa a la cocaína en lugar de los inhalables, que antes correspondía a la segunda droga de preferencia (2,3).

Los estimulantes tipo anfetamínico empiezan a hacer su aparición entre las drogas de consumo, hecho que coincide con los registros de centros de tratamiento en donde se han incrementado las consultas por este tipo de sustancias (1)

En el área de las necesidades de atención, es importante señalar que proporcional al número de usuarios, es bajo el porcentaje de personas que solicitan ayuda debido a su consumo de drogas. Este punto debe llevarnos a trabajar más en aumentar la percepción del daño que el consumo de drogas ocasiona, con objeto de que aún los usuarios experimentales soliciten ayuda para evitar que su consumo se vuelva regular.

Finalmente, el contexto global del estudio nos indica que el consumo de drogas permanece en la población, que aún cuando se ha estabilizado, las necesidades de prevención y atención siguen presentes con objeto de disminuir esta problemática por lo que es necesario trabajar diferencialmente en los distintos grupos que conforman nuestro país. Especial atención merecen las mujeres quienes han tenido un mayor aumento en el consumo de drogas.

Referencias

1. Castillo, I., Gutiérrez, A., Díaz, B., Sánchez, R. y Guiza, V. (2002). Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). Centros de Integración Juvenil. En: Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras drogas 2002. CONADIC, SSA. México. ISBN 970-721-090-7
2. CONADIC. (1999). El consumo de drogas en México. Secretaría de Salud, México, D.F.
3. Medina-Mora, ME., Cravioto P., Villatoro J., Fleiz, C., Galván, F. y Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Salud Pública de México, 45 (Supl 01): 16-25.
4. Medina-Mora, ME. y Fleiz, C. (2003). La salud mental y las adicciones: Retos, Barreras y Perspectivas. Cuadernos de Nutrición, 26 (2) 69-76.
5. Medina, ME., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental, 24(4): 3-19.
6. Ortiz A, Soriano A, Galván J. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 34. Junio, 2003. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México
7. Salgado N, Díaz-Pérez M, & González-Vázquez T (2003). Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. Salud Pública de México, 45, 19-26.

8. Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes?. Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 25(1): 43-54.
9. Villatoro, J. Medina-Mora, ME., Hernández, H., Fleiz, C., Amador, N., Bermúdez, P. (2004). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental. En Prensa.

Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Estudiantes Universitarios¹

Horacio Quiroga Anaya

JEFE DEL PROGRAMA DE
CONDUCTAS ADICTIVAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA -UNAM
quiroga@servidor.unam.mx

Ángeles Mata Mendoza

COORDINADORA DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL
FACULTAD PSICOLOGÍA-UNAM
mma@servidor.unam.mx

Humberto Zepeda Villegas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM
hzepeda@servidor.unam.mx

Teresita Cabrera Arteaga

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS
FACULTAD PSICOLOGÍA-UNAM
tere_c_a@hotmail.com.mx

Graciela Herrera Reynoso

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS
FACULTAD PSICOLOGÍA-UNAM
chegrah@hotmail.com.mx

Lucy María Reidl Martínez

DIRECTORA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGÍA -UNAM
lreidl@servidor.unam.mx

Jorge Ameth Villatoro Velázquez

INVESTIGADOR TITULAR INSTITUTO
NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.
ameth@imp.edu.mx

Introducción

En el presente reporte, se incluyen las prevalencias total, lápsica y actual del diagnóstico sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Estudiantes de licenciatura (sistema escolarizado y SUA) de la Facultad de Psicología de la UNAM (Quiroga y Mata 2003)² realizado con el objetivo general de contar con un diagnóstico actualizado y lo más completo posible sobre dicho consumo, que permitiera determinar la magnitud del mismo, así como de los factores protectores, de riesgo y problemas asociados,

Como antecedente más remoto tenemos que en la década de los 80 Castro y Maya (1982) realizaron el primer estudio epidemiológico que se conoce sobre el uso de alcohol, tabaco y otras drogas por parte de una muestra representativa de estudiantes que asisten a Facultades y Escuelas de Ciudad Universitaria (UNAM).

En dicho estudio se reporta que se seleccionó una muestra representativa de estudiantes de 14 facultades localizadas en el ámbito geográfico de Ciudad Universitaria. El tamaño de la muestra fue de 2,100 alumnos distribuidos en un total de 16 carreras. Sin embargo, se señala que debido a ausencias de los alumnos en el momento de aplicar el cuestionario, sólo se aplicó a 1793 personas.

Los resultados de dicho estudio señalan que las drogas de mayor consumo, entre los estudiantes, son (en orden descendente): el alcohol, el tabaco, la marihuana, los tranquilizantes, las anfetaminas y los inhalables.

En relación con los patrones de consumo de dichas drogas, se observa que los porcentajes de estudiantes que reportan haber utilizado "alguna vez en su vida" dichas drogas son: alcohol (86.6); Tabaco (72.8); Marihuana (14.9); Tranquilizantes (6.0); Anfetaminas (4.8); Inhalables (3.5), etc. Por otro lado, los porcentajes de estudiantes que reportan haber utilizado dichas drogas "durante el último mes", son: alcohol (51.2); tabaco (65.9); Marihuana (11.1); Tranquilizantes (12.0); Anfetaminas (16.2%); Inhalables (3.2%); Sedantes (26.8), Alucinógenos (9.0).

En relación con las prevalencias totales en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de la Facultad de Psicología se encontró un 84.3% para el alcohol, un 70.6% para el tabaco, un 7.8% para los tranquilizantes, un 6.9% para la marihuana, un 2% para las anfetaminas y un 2% para los tranquilizantes.

¹ Expresamos nuestro profundo agradecimiento al Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz y de manera particular al Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velázquez y a la Dra. Ma. Elena Medina Mora, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales por habernos asesorado y facilitado amablemente el Cuestionario de Estudiantes 2000 y materiales correspondientes, sin lo cual no hubiéramos podido realizar el presente estudio.

² Quiroga, A.H. y Mata, M.A. (2003) Diagnóstico del Consumo de Alcohol, Tabaco, y otras Drogas en Estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, Trabajo presentado en el "Foro Sobre Epidemiología del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Escenarios Estudiantiles", Organizado por el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, celebrado en la Facultad de Psicología de la UNAM, el 14 de Mayo de 2003.

En el estudio realizado por Buitrón (1995) en la Facultad de Psicología de la UNAM sobre el consumo de drogas en una muestra de 302 estudiantes del sistema escolarizado, reportó los siguientes resultados. El 20.5% consumieron alguna droga alguna vez en la vida (excluyendo al alcohol y tabaco). La marihuana tuvo una prevalencia de 12.3%, anfetaminas 6.3%, tranquilizantes 4.3%, cocaína 4.0%, inhalables 3.0%, alucinógenos 2.6%, sedantes y heroína 0.7%. En cuanto al sexo de los consumidores, de al menos una droga, se encontró que el 54.8% correspondía a varones, mientras que el 45.2% eran mujeres. En cuanto al consumo de alguna droga en los últimos 30 días se encontró que las anfetaminas son las de mayor consumo (1.3%), siguiéndole la marihuana, los tranquilizantes y la cocaína (1%, 1% y 0.7% respectivamente). Los hombres reportan un mayor consumo de casi todas las drogas, con excepción de las anfetaminas y sedantes que son preferentemente consumidas por mujeres.

Método

Participantes

El cuestionario se aplicó a 1502 Alumnos presentes en sus grupos en el momento de la aplicación e inscritos, en el ciclo escolar 2002-1, de la carrera de Psicología de la UNAM, que incluyó: Alumnos del Sistema Escolarizado, tanto de tronco común, como de área y alumnos del Sistema de Universidad Abierta de una población potencial de 3000 alumnos. Las principales características sociodemográficas de los alumnos encuestados fueron las siguientes Sexo: 79.2% Mujeres, 20.8% Hombres. Rango de Edad: 17 a 60 años; Estado Civil: Solteros (88.3%); Casados (7.5%); etc.. Sistema escolar: Escolarizado (88.2%); SUA (11.8%). Semestre en curso: 1ro. (31.9%); 3ro. (25%); 5to. (5.9%); 6to. (12.7%), etc.

Instrumentos y Materiales

Se utilizó una versión adaptada de la *Encuesta sobre Consumo de Drogas en Población de Enseñanza Media y Media Superior*, desarrollada por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente" y la Secretaría de Educación Pública (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, y cols. 2000), la cual se encuentra basada en la técnica de autoreporte, instrumentada a través de un cuestionario estandarizado autoaplicable que tiene una duración promedio de 75 minutos, y que cuenta con índices de validez y confiabilidad satisfactorios.

Procedimiento

Para el caso de la presente investigación, se realizaron las siguientes fases:

1. Conformación del cuestionario. A partir de la Encuesta para Estudiantes 2000, desarrollada por el INP y la SEP (Villatoro y cols., 2000), se realizaron las adaptaciones para que funcionara con estudiantes de educación superior, específicamente para estudiantes de la Facultad de Psicología. Además se incluyeron otras secciones que midieron la percepción de los estudiantes sobre sus déficits en destrezas de autocontrol, manejo de la tensión, asertividad, conocimientos y actitudes hacia las drogas y habilidades preventivas.

2. Especificación de la población y selección de la estrategia de aplicación. Debido a que se aplicó a los estudiantes inscritos en el período escolar 2002-1, se solicitó a la Secretaría Escolar el listado de alumnos de la licenciatura, bajo el siguiente esquema: grupos por semestre o área, número de alumnos por grupo y número de grupos por materia y turno. A partir de este listado, se seleccionaron las materias por semestre en donde existió el mayor número de alumnos, calculándose encuestar a un número máximo de 2479 alumnos del sistema escolarizado, divididos en 46 grupos de turno matutino y 30 grupos de turno vespertino. Asimismo, se utilizó el listado emitido por dicha secretaría, para identificar los salones y horarios a fin de determinar la secuencia en que se encuestarían los grupos de alumnos. Por otro lado, se solicitó a las autoridades de la Facultad, emitir un comunicado a los profesores de la División de Estudios Profesionales que impartían clases, así como un oficio que se presentó a los maestros que tenían grupos, solicitán-

doles su colaboración para la aplicación de la encuesta durante el tiempo de su clase. Para el caso de los estudiantes del Sistema de Universidad Abierta, las autoridades competentes convocaron a los estudiantes a sesiones matutinas o vespertinas en donde se aplicó el cuestionario, calculándose aplicar a un número máximo de 647 alumnos inscritos en este sistema. La selección de los grupos a aplicar se desarrolló durante el mes enero de 2002, para que en la primera semana de febrero, pudiera aplicarse el cuestionario a los alumnos inscritos en la Facultad.

3. Coordinación y Capacitación de los Encuestadores. El diseño operativo de la encuesta constó de 2 supervisores, 10 encuestadores y un coordinador general. El curso de capacitación para los supervisores y encuestadores, tuvo una duración de 8 horas e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos de la investigación, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación, así como la selección de los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y absoluto anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos metodológicos relacionados con la función de los encuestadores). En el caso de alumnos del SUA, las autoridades solicitaron a todos los alumnos que se presentaran en el auditorio de la Facultad, por lo menos 3 días diferentes, en horarios diferentes, a fin de aplicarles la encuesta.

Resultados

En la Tabla 1, se presentan las prevalencias globales del consumo de drogas, tabaco y alcohol de los estudiantes encuestados, en donde se indica que para el uso de cualquier droga alguna vez en la vida fue de 41.0% en el caso de los hombres y de 20.9% para las mujeres del sistema escolarizado; en tanto que entre los alumnos del SUA fueron mayores (49.1% y 26.7% respectivamente). En cuanto a las drogas médicas (que incluye a los tranquilizantes, las anfetaminas y los sedantes) en el sistema escolarizado los consumos fueron de 12.5% para hombres y de 6.1% para las mujeres; en tanto que el SUA estos porcentajes se incrementaron ligeramente más en las mujeres (15.8% y 13.3% respectivamente). Para las drogas ilegales (mariguana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína y crack), los niveles de consumo en el sistema escolarizado fueron de 37.9% en los hombres y de 14.7% en las mujeres; en tanto que en SUA el consumo de los hombres fue de 43.9% y en las mujeres fue de 17.5%.

Por lo que respecta al tabaco, el consumo alguna vez en la vida afecta a 3 de cada 4 estudiantes del sistema escolarizado, y el consumo mayor en los hombres (77.3%) que en las mujeres (69.9%); por otro lado en el SUA el consumo es ligeramente mayor tanto en los hombres (84.2%) como en las mujeres (71.7%). Finalmente para el consumo de alcohol alguna vez en la vida, se encontró que 9 de cada 10 estudiantes del sistema escolarizado lo consumen (90.1%), y ligeramente mayor el consumo en los estudiantes del SUA (94.4%). Cuando se analizan los datos en relación al abuso de alcohol (consumir 5 copas o más en una sola ocasión de consumo en el último mes), se observa que en sistema escolarizado el 32.0% de los hombres y el 20.8% de las mujeres reportaron dicho consumo. En el sistema del SUA estos porcentajes crecen ligeramente a 38.6% en los hombres y en el caso de las mujeres baja al 12.5%.

En la Tabla 2 se presentan las prevalencias en el consumo de cada tipo de droga en los estudiantes encuestados. Al analizarse los datos por tipo de sustancia en el consumo alguna vez en la vida, se observó que en el sistema escolarizado los hombres consumieron principalmente mariguana (36.3%), cocaína (17.6%) y alucinógenos (11.3%); en tanto que las mujeres consumieron principalmente mariguana (13.5%), tranquilizantes (5.4%), anfetaminas (3.7%) y cocaína (3.6%). Por su parte, en el SUA se mantuvieron casi las mismas preferencias, de manera que los hombres consumen principalmente mariguana (38.6%), cocaína (21.1%), tranquilizantes (10.5%) y anfetaminas (7.0%). En el caso de la mujeres se observó de igual manera preferencias similares en el caso de la mariguana (16.7%) siguiéndole las anfetaminas (7.5%), tranquilizantes (5.0%) y cocaína (4.0%).

Conclusiones

Al comparar los resultados del presente estudio con los resultados del estudio desarrollado por Castro y Maya (1982), encontramos que el consumo de alcohol, ha crecido en esta población. Lo mismo podemos decir del hábito tabáquico, aunque en menor grado que en el alcohol. Por lo que respecta al consumo de drogas, se han visto incrementos importantes en el caso de la marihuana y la cocaína y se ha doblado el consumo de tranquilizantes y anfetaminas.

Por otro lado, al comparar los resultados del presente estudio con los del estudio realizado por Buitrón (1995), quien empleó una metodología similar a la empleada en el presente estudio, encontramos un crecimiento leve en el caso del consumo de cualquier droga, cocaína, alucinógenos, sedantes y tranquilizantes, en tanto que para la marihuana el crecimiento fue considerable. Por otro lado, se observó una disminución significativa en el caso de los inhalables y una disminución leve en el caso de las anfetaminas.

En cuanto al sexo de los consumidores de al menos una droga, se encontró que los hombres doblan el porcentaje de las mujeres. Los hombres reportan un mayor consumo de todas las drogas, incluyendo a las anfetaminas y sedantes, que en el estudio de Buitrón eran preferentemente consumidas por mujeres, aún cuando cabe señalar que la cantidad de alumnos encuestados del sexo masculino fue mucho menor que el de las mujeres, lo cual pueda explicar parcialmente este resultado inesperado.

De manera general, las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas resultaron mayores en los alumnos encuestados del Sistema de Universidad Abierta, aún cuando la cantidad de alumnos encuestados de dicho sistema fue mucho menor que los del sistema escolarizado, lo cual pudo haber influido en los resultados.

Finalmente, al analizar el abuso en el consumo de alcohol de los alumnos encuestados de ambos sistemas, encontramos que 2 de cada cinco alumnos lo hacen de dicha manera.

En su conjunto, los resultados obtenidos apuntan a la necesidad de instrumentar y fortalecer medidas preventivas y terapéuticas dirigidas a la comunidad estudiantil universitaria.

Referencias

Castro, S. M., y Maya, M. (1982). Estudio sobre el uso de drogas en una población de estudiantes universitarios. Reporte Interno, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Buitrón, V.N. (1995). La farmacodependencia en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM. Una aproximación epidemiológica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Villatoro, V. J., Fleiz, B.C. Alcantar, M.E. y Rojano, F.C. (2000). Encuesta sobre Consumo de drogas en Población de Enseñanza Media y Media Superior, medición otoño 2000, D.F Encuestas de Consumo de Drogas en Estudiantes SEP-INPRFM II México.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal. Medición de Otoño 1997. Reporte Global del Distrito Federal. SEP, IMP México.

TABLA 1

PREVALENCIAS DEL CONSUMO GLOBAL DE DROGAS, TABACO Y ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA

		Sistema Escolarizado			Universidad Abierta		
		Hombres %	Mujeres %	Total %	Mujeres %	Hombres %	Total %
Cualquier droga	Alguna vez	41.0	20.9	24.8	49.1	26.7	33.9
	Último año	21.1	11.2	13.1	10.5	7.5	8.5
	Último mes	8.6	3.7	4.7	8.8	4.2	5.6
Cualquier droga médica	Alguna vez	12.5	9.4	10.0	15.8	13.3	14.1
	Último año	3.1	3.8	3.7	5.3	4.2	4.5
	Último mes	2.7	1.5	1.7	5.3	2.5	3.4
Cualquier droga ilegal	Alguna vez	37.9	14.7	19.2	43.9	17.5	26.0
	Último año	19.5	8.3	10.5	8.8	3.3	5.1
	Último mes	6.6	2.3	3.2	3.5	1.7	2.3
Tabaco	Alguna vez	77.3	69.9	71.3	84.2	71.7	75.7
	Último año	56.6	47.1	49.0	59.6	37.5	44.6
	Último mes	34.8	30.1	31.0	35.1	25.0	28.2
Alcohol	Alguna vez	91.4	89.8	90.1	98.2	92.5	94.4
	Último año	75.4	64.4	66.5	73.7	60.8	65.0
	Último mes	29.3	28.5	28.7	38.6	31.7	33.9
	Abuso Último mes	32.0	20.8	22.9	38.6	12.5	20.9

TABLA 2

PREVALENCIAS DEL CONSUMO POR TIPO DE DROGA EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA

		Sistema Escolarizado			Universidad Abierta		
		Hombre %	Mujer %	Total %	Hombre %	Mujer %	Total %
Alguna vez	Anfetaminas	6.3	3.7	4.2	7	7.5	7.3
	Tranquilizantes	5.9	5.4	5.5	10.5	5	6.8
	Mariguana	36.3	13.5	17.9	38.6	16.7	23.7
	Cocaína	17.6	3.6	6.3	21.1	4.2	9.6
	Crack	3.5	0.5	1.1	0	0	0
	Alucinógenos	11.3	1.7	3.5	5.3	1.7	2.8
	Inhalables	2.3	0.3	0.7	5.3	0	1.7
	Sedantes	2.7	1.6	1.8	1.8	1.7	1.7
	Heroína	1.2	0.3	0.5	0	0	0
	Último año	Anfetaminas	1.6	1.4	1.4	3.5	2.5
Tranquilizantes		0.8	2.2	2	1.8	0.8	1.1
Mariguana		18.8	7.8	9.9	7	3.3	4.5
Cocaína		2.7	1	1.4	5.3	0	1.7
Alucinógenos		1.2	0.3	0.5	0	0	0
Inhalables		0	0.1	0.1	0	0	0
Sedantes		1.2	0.5	0.6	0	0.8	0.6
Último mes	Heroína	0	0	0	0	0	0
	Anfetaminas	0.8	0.3	0.4	0	0	0
	Alucinógenos	0.4	0.1	0.2	0	0	0
	Inhalables	0	0.1	0.1	0	0	0
	Sedantes	1.2	0.4	0.5	0	0.8	0.6
	Heroína	0	0	0	0	0	0



Encuesta sobre el Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar de Enseñanza Media y Media Superior. Tamaulipas 2000.

Laura E. Gaither, Miryam Soto,
Rosendo Pérez, Marco Antonio
Soto, Jorge A. Villatoro.

Introducción

El consumo de drogas es un problema de salud pública que se ha incrementado a través del tiempo y que requiere acciones planeadas dirigidas hacia la población que vive el problema y, en forma preventiva, hacia los grupos vulnerables con estrategias que consideren las características y necesidades de la misma, y el impacto del medio ambiente.

Por ello, es necesario realizar investigaciones que mantengan actualizado el panorama epidemiológico y permitan tener acceso a esta información para dirigir las acciones preventivas en forma efectiva, derivadas del programa para prevención y control de adicciones.

De acuerdo con las estadísticas nacionales, los adolescentes son la población más afectada, por lo que se consideró de vital importancia conocer las características del problema en este grupo, ya que se habían aplicado encuestas nacionales pero es la primera encuesta estatal en Tamaulipas después de 10 años, que se aplica en comunidad escolar de nivel medio y medio superior en un esfuerzo del gobierno del estado a través de la Secretaría de Salud. Para el desarrollo de este proyecto, el apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría y de la Dirección de Salud Escolar fueron un factor determinante.

Antecedentes

Los resultados sobre el consumo de drogas derivados de la encuesta nacional de estudiantes, realizada en 1991, especialmente para el estado de Tamaulipas (Medina-Mora, y cols., 1993), muestran que una cuarta parte de los estudiantes reportó haber tenido experiencias con el tabaco, en 13 de cada 100 esto ocurrió en el último año, y 8 fumaron en mes anterior al estudio y un 2% reportó fumar diario o casi diario.

La mitad de la muestra reportó consumir alguna vez en su vida bebidas alcohólicas, la cuarta parte lo hizo en los últimos 12 meses y el 12% en el último mes, 15 estudiantes de cada mil bebió 20 ocasiones o más en el último año.

El 6.3% del total de la muestra ha consumido al menos una droga alguna vez en su vida, sin incluir al tabaco o al alcohol: el 3.6% lo ha hecho en el último año, y el 2% las usó en el mes anterior a la encuesta.

Método

La muestra se seleccionó con base en los registros de la Dirección General de Educación de estudiantes que acuden a escuelas con reconocimiento oficial. Se utilizó como marco de muestreo los registros oficiales correspondientes al ciclo escolar 2000-2001. Este muestreo fue objeto de validación y depuración de su contenido con el fin de obtener información de mejor calidad. Se seleccionó una muestra de cada municipio participante.

¹ Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Salud

² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

³ Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

El diseño de la muestra fue bietápico, donde la unidad de selección de la primera etapa la constituyeron las escuelas y en la segunda los grupos escolares. También fue estratificado de acuerdo al dominio de estudio (secundarias-preparatorias).

La estimación del tamaño de la muestra se efectuó con base en las prevalencias de uso de drogas de 1991 que fue del 6.3%. De acuerdo con estos estudios se observa la tasa de no respuesta estimada de 15%, que incluye ausentismo por diversas causas del alumno. El valor en tablas de una distribución normal para una confianza deseada en las estimaciones, fue de 95%, para estimar prevalencias poblacionales del uso de drogas en cada uno de los dominios de estudio, con una prevalencia de 6.3%. El tamaño de la muestra final fue de 2,981 alumnos, repartidos en 92 grupos escolares.

Instrumento

La información se obtuvo por medio del cuestionario estandarizado que se utiliza en los estudios de la Ciudad de México y Nacionales (Villatoro, Medina-Mora, Rojano y cols. 2002) que se aplicó a los grupos en el salón de clases. La duración promedio de la aplicación fue de 75 minutos.

Procedimiento

La aplicación de la encuesta estuvo dirigida por un coordinador central, dos supervisores estatales, 8 supervisores jurisdiccionales, responsables del programa de adicciones y 26 promotores de salud fungieron como encuestadores. El coordinador central fue el responsable del control del trabajo, de la obtención de recursos materiales, humanos, financieros e informáticos, de la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores estuvieron a cargo de vigilar el trabajo, entrega de material, organizar el personal para cubrir las escuelas seleccionadas, entregar relación de los lugares y escuelas que le fueron asignadas a cada encuestador, controlar el levantamiento de información, orientar a los encuestadores y revisar los cuestionarios aplicados para enviarlos a captura.

El encuestador recibió capacitación para la aplicación de la encuesta y le fueron asignadas las siguientes actividades: hacer una visita previa a las escuelas que fueron seleccionadas para las encuestas, establecer contacto con el director de la escuela, explicar el motivo de su visita, así como realizar una verificación de las respuestas, hacer llegar los cuestionarios aplicados a los supervisores jurisdiccionales para la validación de los mismos. Por medio de un programa de cómputo los supervisores estatales verificaron la congruencia de las respuestas y realizaron una depuración de la base de datos.

Resultados

El consumo de tabaco alguna vez en la vida sitúa con mayor porcentaje a los hombres 44.7% que a las mujeres 29.8%.

En cuanto al consumo actual en el último mes (Figura 1) el porcentaje de usuarios se reduce a menos de la mitad, siendo la población masculina la más afectada 16.8%. Un 2.6% de los estudiantes han consumido tabaco 20 días o más en el mes previo a la encuesta.

Al considerar la edad de los adolescentes (Figura 2) se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es casi la mitad de los que tienen 18 o más. Un porcentaje importante 24.6% de los adolescentes de 17 años ha fumado en el último mes. Se observa que a mayor edad se incrementa el consumo de tabaco.

El consumo de alcohol es, junto con el consumo de tabaco, el principal problema de salud en nuestro país. Específicamente para la población estudiantil del estado de Tamaulipas el 41.7% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida y el 18% lo ha consumido en el último mes.

Al analizar el consumo por sexo (Figura 3) la población masculina (20.2%) resulta más afectada que la femenina (15.8%), aunque la diferencia porcentual es pequeña.

En cuanto a la edad de los adolescentes (Figura 4) al igual que con el tabaco se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos es casi la mitad en relación con los que tienen 18 o más. Asimismo, un porcentaje importante, el 37.7% de los adolescentes de 17 años, ha consumido alcohol en el último mes.

En cuanto al consumo de drogas médicas e ilegales, los hombres (Figura 5) son el subgrupo más afectado por el consumo actual 3.2% en comparación con las mujeres 2.1%. Considerando el consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, es mayor la prevalencia para los hombres que representan el 10.9%.

En relación con la edad (Figura 6), se observa a los tranquilizantes como principal sustancia antes de los 15 años y después decrece el número de usuarios. Adicionalmente, se observa un incremento en la marihuana y la cocaína a los 17 años,

Las prevalencias completas del consumo de sustancias se observan en la tabla 1.

Conclusiones

Los hombres siguen siendo el grupo más afectado por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, excepto en el caso de tranquilizantes en que destaca el consumo por parte de las adolescentes.

Se observa a mayor edad, mayor consumo de tabaco, de marihuana y cocaína.

La escuela sigue desempeñando un papel protector, sin embargo, aunque los porcentajes de consumo son bajos en la población que ha asistido regularmente a la escuela, el porcentaje demuestra que también esta minoría ha sido afectada, por lo cual se debe insistir en la implantación permanente de acciones preventivas en todas las escuelas.

En cuanto a la evolución del fenómeno, se encuentra que ha habido aumentos importantes en el consumo de sustancias de 1991 al 2000, y este incremento ha sido mayor en el caso de las mujeres, aunque en este estado se sigue observando más claramente que el consumo de los hombres es mayor. Adicionalmente, en relación con otros estados del país (Distrito Federal o Querétaro), el consumo global sigue estando ligeramente abajo.

En este contexto y para fines de prevención, resulta conveniente y necesario estimular el autocuidado en los adolescentes incidiendo además en forma efectiva en la familia, en virtud de que la familia se sitúa como un gran factor protector que requiere fortalecerse y en su ámbito hay que apoyar el desarrollo de estilos de vida saludables para beneficio de sus integrantes, especialmente de los adolescentes.

Finalmente, es importante reforzar las acciones preventivas dirigidas hacia la familia y a establecer acciones permanentes de vigilancia sobre la venta de tabaco, bebidas alcohólicas y productos restringidos a menores.

Referencias

Medina-Mora, ME.; Rojas, E.; Juárez, F.; Berenzon, S.; Carreño, S.; Galván, J.; Villatoro, JA; López, EK.; Olmedo, R.; Ortiz, E. y Ñequis, G. (1993): Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la república mexicana. *Salud Mental*. 16(3):2-8.

Villatoro, J. Medina-Mora, ME, Rojano, C. Fleiz, C. Bermúdez, P, Castro, P. y Juárez, F. (2001). ¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1):43-54.

FIGURA 1

PREVALENCIA DE TABACO POR SEXO

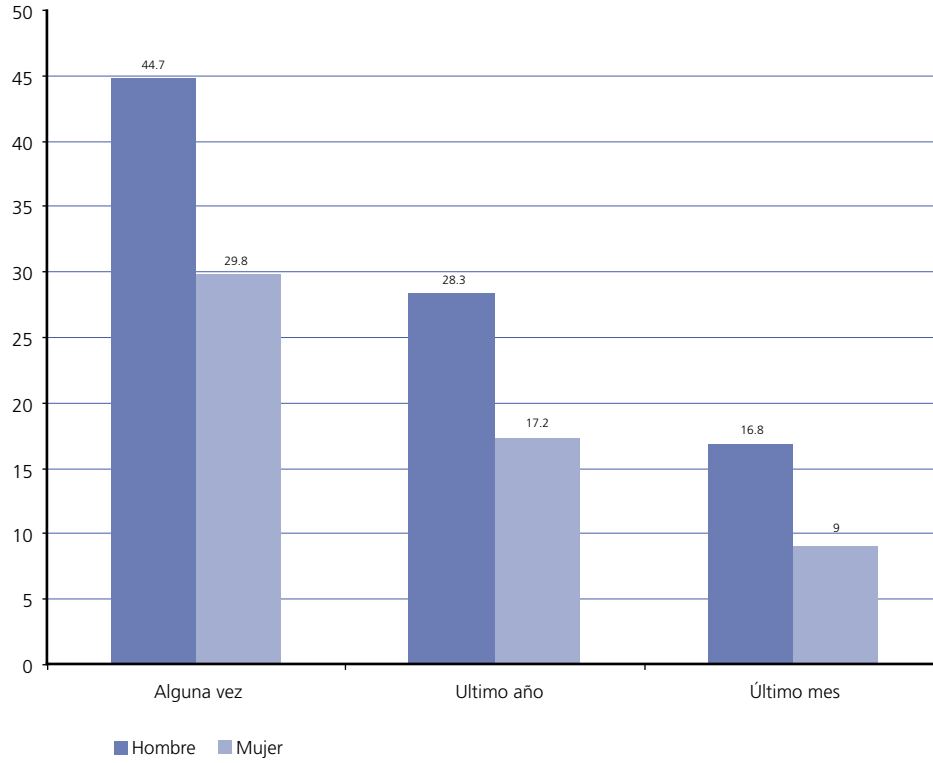


FIGURA 2

PREVALENCIA DE TABACO POR EDAD

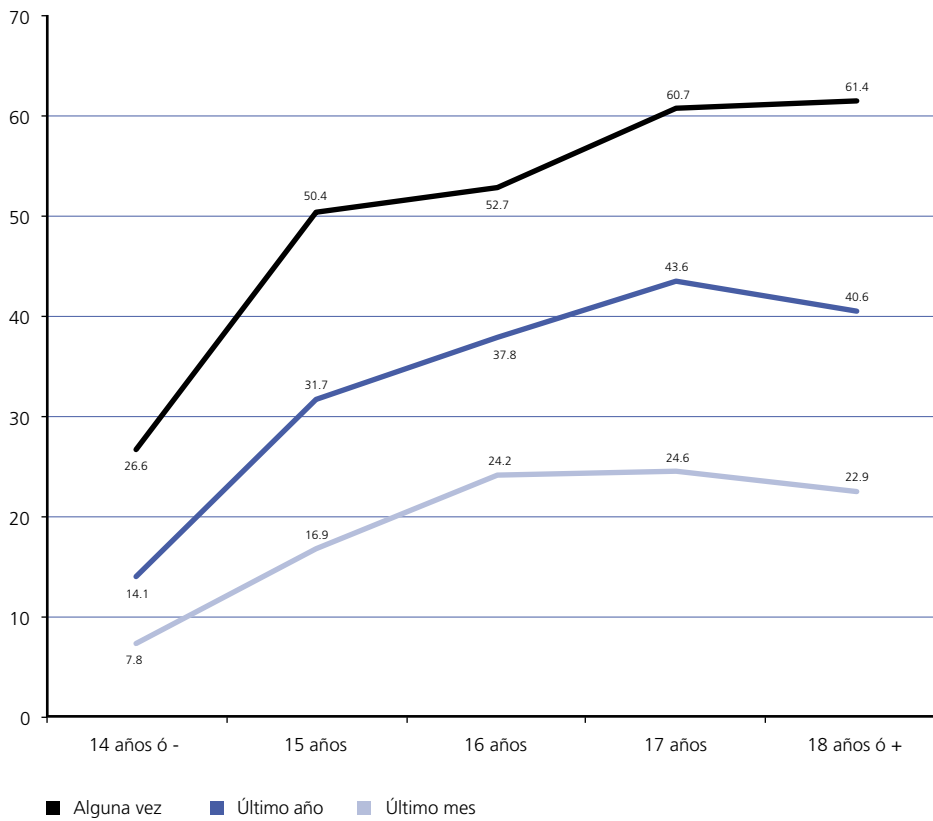


FIGURA 3

PREVALENCIA DE ALCOHOL POR SEXO

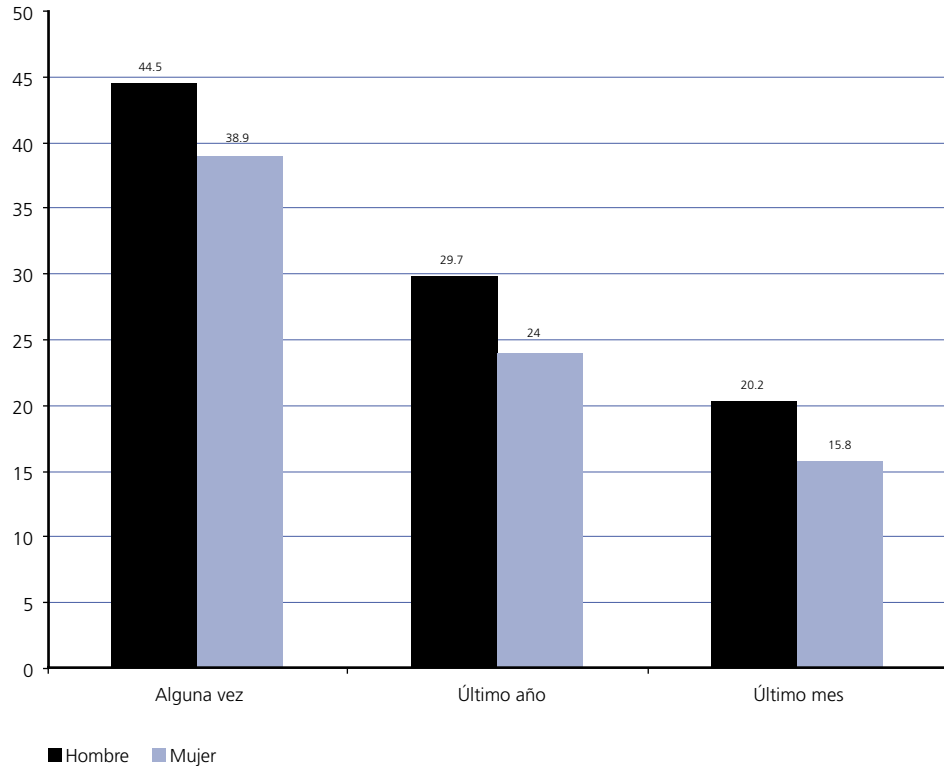


FIGURA 4

PREVALENCIA DE ALCOHOL POR EDAD

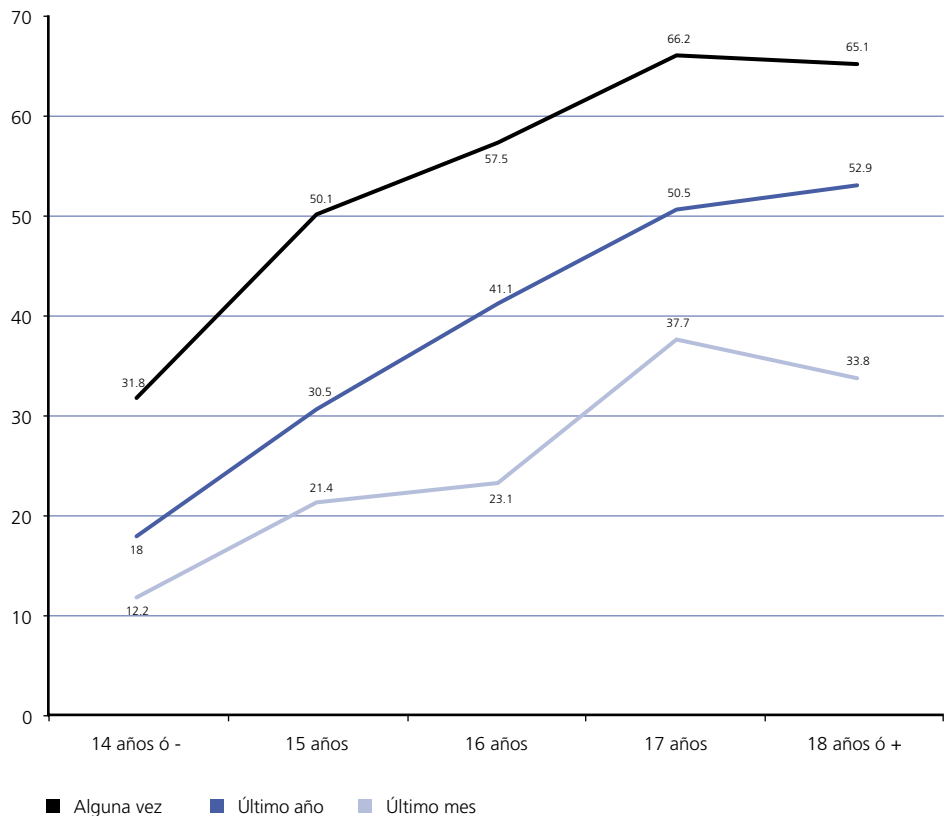


FIGURA 5

PREVALENCIA DE DROGAS POR SEXO

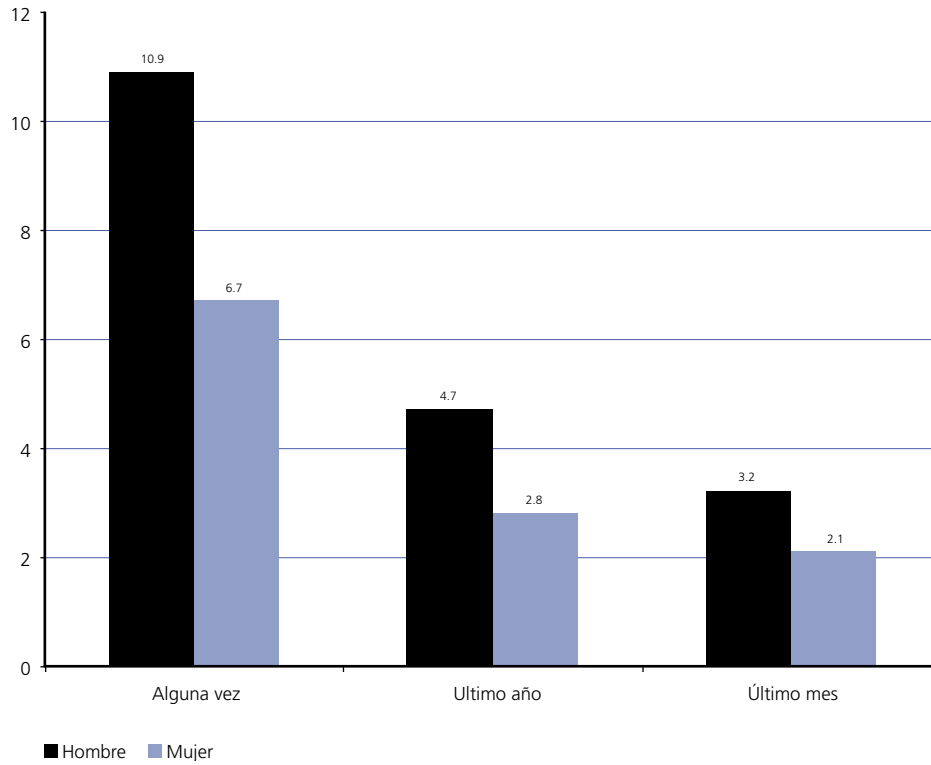


FIGURA 6

CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO POR EDAD

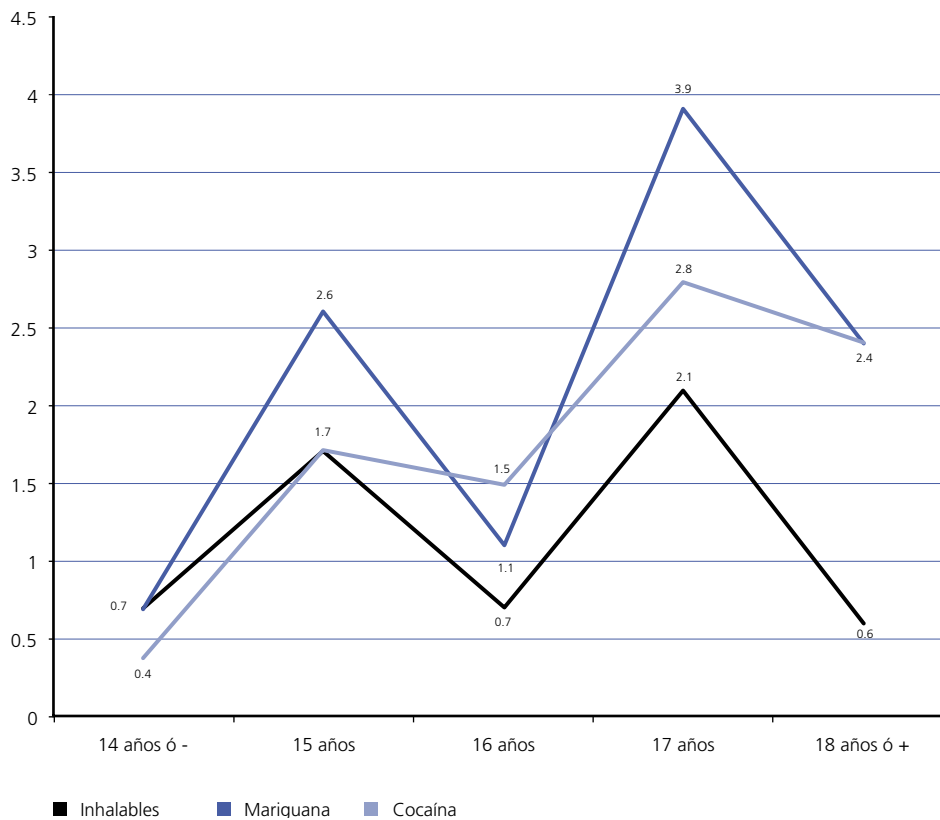


TABLA 1

PREVALENCIAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA DE CONSUMO DE DROGAS.
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y BACHILLERATO DEL ESTADO DE TAMAULIPAS

	Hombre		Mujer		Total	
	N	% col.	N	% col.	N	% col.
Secundarias						
Anfetaminas	13	1.2	17	1.6	30	1.4
Tranquilizantes	27	2.5	32	3	59	2.8
Mariguana	41	3.8	9	0.8	50	2.3
Cocaína	25	2.3	6	0.6	31	1.5
Crack	10	0.9	5	0.5	15	0.7
Alucinógenos	5	0.5	3	0.3	8	0.4
Inhalables	29	2.7	10	0.9	39	1.8
Sedantes	3	0.3	2	0.2	5	0.2
Heroína	7	0.7	3	0.3	10	0.5
Cualquier droga	104	9.8	66	6.2	170	8
Drogas Ilegales	72	6.8	21	2	93	4.4
Drogas Médicas	39	3.7	49	4.6	88	4.1
Bachillerato						
Anfetaminas	5	1.1	8	2.1	13	1.5
Tranquilizantes	12	2.6	13	3.4	25	3
Mariguana	30	6.6	7	1.8	37	4.4
Cocaína	26	5.7	3	0.8	29	3.4
Crack	11	2.4	-	-	11	1.3
Alucinógenos	6	1.3	4	1	10	1.2
Inhalables	19	4.2	3	0.8	22	2.6
Sedantes	4	0.9	2	0.5	6	0.7
Heroína	9	2	1	0.3	10	1.2
Cualquier droga	61	13.4	31	8	92	10.9
Drogas Ilegales	52	11.5	13	3.4	65	7.7
Drogas Médicas	19	4.2	20	5.2	39	4.6
Población Total						
Anfetaminas	18	1.2	25	1.7	43	1.4
Tranquilizantes	39	2.6	45	3.1	84	2.8
Mariguana	71	4.7	16	1.1	87	2.9
Cocaína	51	3.4	9	0.6	60	2
Crack	21	1.4	5	0.3	26	0.9
Alucinógenos	11	0.7	7	0.5	18	0.6
Inhalables	48	3.2	13	0.9	61	2.1
Sedantes	7	0.5	4	0.3	11	0.4
Heroína	16	1.1	4	0.3	20	0.7
Cualquier droga	165	10.9	97	6.7	262	8.8
Drogas Ilegales	124	8.2	34	2.3	158	5.3
Drogas Médicas	58	3.8	69	4.8	127	4.3



Tendencias del consumo en estudiantes de nivel medio y medio superior del Estado de Querétaro¹

Jorge Ameth Villatoro Velázquez²
Miguel Ángel Martínez Caballero³
Jesús López Luna⁴
Ernesto Becerra Rivera⁵

Introducción

El estado de Querétaro ha mostrado un consumo de tabaco y alcohol similar al de la Ciudad de México y, en el caso del consumo de drogas médicas e ilegales, los porcentajes son ligeramente menores (SESEQ, 2001; Martínez, Garfias, Cíntora y cols, 2003). Adicionalmente, en el estado se encuentra un acercamiento entre los porcentajes de consumo de los hombres y de las mujeres. En el marco de tener un seguimiento constante de la evolución de la problemática del consumo de drogas en el estado de Querétaro, se realiza la presente encuesta, manteniendo los estándares de las encuestas de estudiantes que se realizan cada 3 años en la Ciudad de México, lo que permite la comparación no solo a lo largo del tiempo, sino con los estudios realizados en diversas zonas del país con esta metodología.

Método

La metodología empleada es similar a la de los estudios de la Ciudad de México, (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et al., 2002), El marco muestral fueron los registros oficiales de las escuelas de enseñanza media y media superior, que se encuentran en una base de datos computarizada. El diseño de muestra ha sido estratificado (secundaria y bachillerato), bietápico y por conglomerados, las unidades de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de éstas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la intención de aprovechar de la mejor manera los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. Los resultados obtenidos son representativos para el total del estado. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

De los 2700 estudiantes que constó la muestra considerada (prevalencia del 2%, tasa de no respuesta del 15%, y un error absoluto del 0.001), se aplicó a un total de 2,494 alumnos.

El instrumento ha sido previamente validado y sus indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, además de que se basan en los indicadores propuestos por la OMS, lo que permite hacer comparaciones internacionales.

El diseño operativo de las encuestas, en términos globales, incluye un coordinador central y 10 encuestadores. En la capacitación a encuestadores y supervisores, se pone especial cuidado en que los encuestadores sepan transmitir instrucciones que garanticen a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

Resultados

En el caso de las secundarias, con relación al estudio estatal que se hizo en 1991, se notan también importantes incrementos en el consumo de sustancias. El consumo de cualquier droga es del

¹ La presente investigación fue realizada con el apoyo de la LIII legislatura del Estado de Querétaro, del Colegio de Bachilleres del Estado de Querétaro y por la Unidad de Servicios de Educación Básica en el Estado de Querétaro.

² Investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

³ Investigador en adicciones y salud del Estado de Querétaro

⁴ Director Académico del Colegio de Bachilleres del Estado de Querétaro

⁵ Director de la Unidad de Servicios de Educación Básica del Estado de Querétaro

7.3% en hombres y 5.4% para las mujeres. En lo que se refiere a las preferencias por droga, para los hombres, la droga de mayor consumo es la marihuana y le siguen los inhalables; en cuanto a las mujeres, ellas prefieren primero los tranquilizantes y después a los inhalables (Tabla 1).

En relación al consumo de alcohol, cerca de cuatro adolescentes de cada diez ya lo han probado. Para el tabaco son casi 3 de cada 10, lo que llama más la atención es que el 12.7% abusan del alcohol (consumen 5 copas o más en una sola ocasión), por lo menos 1 vez al mes.

Para el bachillerato, los resultados indican un incremento importante en el consumo alguna vez de drogas, el consumo de cualquier droga, se incrementa en más de un 6% en el caso de los hombres y en un 2.7% en el caso de las mujeres. Las drogas que más se incrementan son la marihuana y la cocaína para ambos sexos. En términos de preferencias, para los hombres las drogas de mayor preferencia es la marihuana (14.2%) y le sigue la cocaína (10.8%); para las mujeres, la droga más preferida es la marihuana (5.1%) y le siguen los tranquilizantes (4.6%). Es importante señalar que por cada dos usuarios hombres hay una usuaria y que el consumo en el último mes en esta población es de 8.5% en los hombres y de 3.9% en las mujeres.

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, los índices de consumo son muy similares a la Ciudad de México y, aunque es más elevado en el caso de los hombres, las diferencias en los porcentajes son mucho menores, especialmente para el consumo de alcohol (Tabla 2).

Conclusiones

Es preocupante ver el incremento sostenido que ha tenido el consumo de drogas en esta población (SESEQ, 2001, Martínez y cols. 2003), especialmente resulta importante ver que los niveles de consumo son muy similares a los de grandes urbes (Villatoro y cols., 2003), aunque sigue existiendo una clara diferenciación entre hombres y mujeres (las mujeres consumen menos).

Asimismo, el contar con estos indicadores permite evaluar la magnitud del fenómeno en el estado y como paso subsiguiente se vuelve necesario evaluar cómo se presentan los diferentes factores de riesgo y protección en esta población y la forma como se asocian directamente con el consumo de drogas.

También resulta conveniente el fortalecimiento de programas preventivos que vinculen a la familia y a la escuela con objeto de reforzar el papel que juegan cada uno de estos ámbitos, no solo en el adolescente sino también en el niño.

Asimismo, es conveniente mantener un monitoreo similar en los diferentes estados del país (con metodologías y procedimientos de selección similares), con mediciones regulares, se recomienda cada 3 años, que permitan analizar la evolución del fenómeno del consumo de drogas.

Referencias

Martínez, MA., Garfías, A., Cíntora, R., Villatoro, J. y Medina-Mora, ME (2003). El consumo de drogas en estudiantes de bachillerato del Estado de Querétaro. En: CONADIC (Ed.) Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México, D.F.

Medina-Mora, ME.; Rojas, E.; Juárez, F.; Berenzon, S.; Carreño, S.; Galván, J.; Villatoro, JA; López, EK.; Olmedo, R.; Ortiz, E. y Ñequis, G. (1993): Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*. 16, 3:2-8.

SESEQ, UAQ, INP: Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes de las Escuelas de Bachillerato de la UAQ. Reporte Medición Otoño 2000. SESEQ, UAQ, INP. México, 2001

Villatoro, J. Medina-Mora, ME, Rojano, C. Fleiz, C. Bermúdez, P, Castro, P. y Juárez, F. (2001). ¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1): 43-54.

TABLA 1

PREVALENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIAS PÚBLICAS DE QUERÉTARO

SECUNDARIAS Droga	Hombre		Mujer		Total	
	N	% col.	N	% col.	N	% col.
Alguna vez						
Anfetaminas	5	1	9	1.6	14	1.3
Tranquilizantes	5	1	13	2.2	18	1.7
Mariguana	18	3.5	10	1.7	28	2.6
Cocaína	11	2.2	6	1	17	1.6
Crack	2	0.4	5	0.9	7	0.6
Alucinógenos	2	0.4	9	1.6	11	1
Inhalables	16	3.1	12	2.1	28	2.6
Sedantes	1	0.2	4	0.7	5	0.5
Heroína	2	0.4	5	0.9	7	0.6
Cualquier droga	37	7.3	31	5.4	68	6.3
Cualquier droga médica	9	1.8	20	3.5	29	2.7
Cualquier droga ilegal	33	6.5	18	3.1	51	4.7
Veces que ha consumido drogas						
1 a 2 veces	19	3.7	11	1.9	30	2.8
e a 5 veces	6	1.2	6	1	12	1.1
6 a 10 veces	6	1.2	10	1.7	16	1.5
11 a 49 veces	4	0.8	1	0.2	5	0.5
50 ó más veces	2	0.4	3	0.5	5	0.5
Tabaco	197	38.8	114	19.7	311	28.6
Alcohol alguna vez	221	43.5	197	34.1	418	38.5
Alcohol abuso	75	14.8	63	10.9	138	12.7
Ultimo año						
Anfetaminas	3	0.6	6	1	9	0.8
Tranquilizantes	3	0.6	8	1.4	11	1
Mariguana	11	2.2	6	1	17	1.6
Cocaína	4	0.8	5	0.9	9	0.8
Alucinógenos	1	0.2	5	0.9	6	0.6
Inhalables	8	1.6	7	1.2	15	1.4
Sedantes	1	0.2	2	0.3	3	0.3
Heroína	2	0.4	4	0.7	6	0.6
Cualquier droga	21	4.1	21	3.6	42	3.9
Cualquier droga médica	6	1.2	13	2.2	19	1.7
Cualquier droga ilegal	19	3.7	13	2.2	32	2.9
Tabaco	135	26.6	65	11.2	200	18.4
Alcohol	116	22.8	98	17	214	19.7
Ultimo mes						
Anfetaminas	2	0.4	4	0.7	6	0.6
Tranquilizantes	2	0.4	5	0.9	7	0.6
Mariguana	6	1.2	3	0.5	9	0.8
Cocaína	3	0.6	4	0.7	7	0.6
Alucinógenos	1	0.2	5	0.9	6	0.6
Inhalables	7	1.4	6	1	13	1.2
Sedantes	1	0.2	2	0.3	3	0.3
Heroína	2	0.4	2	0.3	4	0.4
Cualquier droga	13	2.6	13	2.2	26	2.4
Cualquier droga médica	4	0.8	8	1.4	12	1.1
Cualquier droga ilegal	12	2.4	8	1.4	20	1.8
Tabaco	61	12	34	5.9	95	8.7
Alcohol	104	20.5	92	15.9	196	18

TABLA 1

PREVALENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE QUERÉTARO

	Hombre		Mujer		Total	
	N	% col.	N	% col.	N	% col.
BACHILLERATO						
Alguna Vez						
Anfetaminas	29	4.5	18	2.4	47	3.3
Tranquilizantes	29	4.5	35	4.6	64	4.5
Mariguana	92	14.2	39	5.1	131	9.3
Cocaína	70	10.8	24	3.2	94	6.7
Crack	29	4.5	10	1.3	39	2.8
Alucinógenos	18	2.8	13	1.7	31	2.2
Inhalables	40	6.2	34	4.5	74	5.3
Sedantes	8	1.2	8	1.1	16	1.1
Heroína	12	1.9	6	0.8	18	1.3
Cualquier droga	143	22.1	90	11.8	233	16.5
Cualquier droga médica	51	7.9	45	5.9	96	6.8
Cualquier droga ilegal	126	19.5	70	9.2	196	13.9
Veces que ha consumido drogas						
1 a 2 veces	54	8.3	40	5.3	94	6.7
e a 5 veces	22	3.4	24	3.2	46	3.3
6 a 10 veces	19	2.9	12	1.6	31	2.2
11 a 49 veces	24	3.7	5	0.7	29	2.1
50 ó más veces	24	3.7	9	1.2	33	2.3
Tabaco alguna vez	389	60.1	352	46.3	741	52.6
Alcohol alguna vez	437	67.5	471	61.9	908	64.5
Abuso de Alcohol	213	32.9	164	21.6	377	26.8
Ultimo Año						
Anfetaminas	13	2	9	1.2	22	1.6
Tranquilizantes	17	2.6	18	2.4	35	2.5
Mariguana	49	7.6	19	2.5	68	4.8
Cocaína	41	6.3	15	2	56	4
Alucinógenos	11	1.7	8	1.1	19	1.3
Inhalables	19	2.9	13	1.7	32	2.3
Sedantes	4	0.6	5	0.7	9	0.6
Heroína	6	0.9	3	0.4	9	0.6
Cualquier droga	86	13.3	47	6.2	133	9.4
Cualquier droga médica	18	2.8	19	2.5	37	2.6
Cualquier droga ilegal	75	11.6	36	4.7	111	7.9
Tabaco	277	42.8	242	31.8	519	36.9
Alcohol	309	47.8	298	39.2	607	43.1
Ultimo Mes						
Anfetaminas	8	1.2	9	1.2	17	1.2
Tranquilizantes	10	1.5	14	1.8	24	1.7
Mariguana	27	4.2	9	1.2	36	2.6
Cocaína	16	2.5	7	0.9	23	1.6
Alucinógenos	6	0.9	4	0.5	10	0.7
Inhalables	15	2.3	5	0.7	20	1.4
Sedantes	3	0.5	3	0.4	6	0.4
Heroína	5	0.8	3	0.4	8	0.6
Cualquier droga	55	8.5	30	3.9	85	6
Cualquier droga médica	27	4.2	24	3.2	51	3.6
Cualquier droga ilegal	47	7.3	18	2.4	65	4.6
Tabaco	173	26.7	143	18.8	316	22.4
Alcohol	256	39.6	243	31.9	499	35.4

El consumo de tabaco y alcohol y su relación con el uso de otras drogas¹

Jorge Ameth Villatoro Velázquez²

María Elena Medina-Mora Icaza³

Clara M. Fleiz Bautista²

Nancy G. Amador Buenabad⁴

Patricia Bermúdez Ramírez⁵

Introducción

Diversos estudios señalan la importancia que tiene el inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco en el consumo de otras sustancias como las drogas ilegales o médicas.

Se ha encontrado que el consumir alcohol o tabaco son factores importantes para el inicio de otras drogas (Villatoro, Medina-Mora, Berenzon, et al 1998) y cómo en la población en general el inicio temprano del consumo de tabaco se relaciona fuertemente con el uso de drogas (Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, et al 2002). Adicionalmente, estos estudios han señalado que el inicio del consumo de drogas ha disminuido.

En tal sentido, en este trabajo se muestra: a) cómo han sido las tendencias de consumo de tabaco y alcohol en la Ciudad de México; b) cómo ha disminuido la edad de inicio del consumo de estas sustancias; y c) cómo el inicio temprano en el consumo de estas sustancias son factores importantes que facilitan el consumo de drogas ilegales y médicas.

Método

La metodología empleada en las diferentes mediciones realizadas en el DF fueron muy similares (Rojas, Medina-Mora, Villatoro, et al., 1993, Medina-Mora, Rojas, Juárez, et al., 1993, Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, et al., 1999 y Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et al., 2002), con objeto de facilitar la evaluación de las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco, y de los cambios en los factores de riesgo asociados al consumo de dichas sustancias. El levantamiento de datos del último de estos estudios se llevó a cabo en noviembre del 2002.

Su marco muestral han sido los registros oficiales de la SEP en las escuelas de enseñanza media y media superior, que se encuentran en una base de datos computarizada. El diseño de muestra ha sido estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. Las unidades de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de éstas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la intención de aprovechar de la mejor manera los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. En las encuestas de 1989 y de 1991, es posible obtener resultados representativos sólo para el global de la ciudad de México y para los estudios de 1997 y del 2000 las muestras fueron representativas a nivel delegacional. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

El instrumento ha sido previamente validado y sus indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, además de que se basan en los indicadores propuestos por la OMS, lo que

¹ Proyecto # 4331 financiado por el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) y # 42092-H Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

² Investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

³ Jefe de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del (INPRFM)

⁴ Subdirectora de Coordinación Interinstitucional para la Prevención y Atención de Riesgos. Dirección General de Extensión Educativa (DGEE), Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal (SSEDF), Secretaría de Educación Pública (SEP)

⁵ Directora de Salud Escolar, DGEE, SSEDF, SEP

permite hacer comparaciones internacionales. Debido a que uno de los intereses primordiales de estos estudios es conocer las prevalencias del consumo de drogas, en el instrumento se solicita el nombre de las sustancias que el adolescente ha probado con objeto de evitar errores en su clasificación y de evitar un sobregistro en los indicadores de consumo.

El diseño operativo de las encuestas, en términos globales, incluye un coordinador central, tres supervisores y 30 encuestadores. El curso de capacitación que se les proporciona dura alrededor de 12 horas, e incluye aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, los antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para la aplicación y la selección de los grupos. Se pone especial cuidado en que los encuestadores sepan transmitir instrucciones que garanticen a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

Resultados

En la figura 1 se muestra la evolución del consumo *alguna vez* de tabaco de 1989 a la fecha. Los resultados indican que el consumo se incrementó hasta 1997 y en el 2000 hubo un decremento significativo del 5%. Adicionalmente, se observa que el consumo entre hombres y mujeres se ha vuelto más similar, de manera que en el 2000 sus prevalencias de consumo son prácticamente iguales.

En cuanto a la evolución del consumo de alcohol⁶ (Figura 2), se observa que hay un incremento entre 1997 y el 2000 de aproximadamente un 7%. Aquí también se observa que las prevalencias de consumo son muy similares para ambos sexos.

En cuanto a la edad de inicio de tabaco, en la figura 3 se muestra como ha evolucionado la proporción de estudiantes que se inician a los 12 años o antes. En ella se ve que se ha duplicado esa proporción de 1989 a la fecha y afecta en forma muy similar tanto a los hombres como a las mujeres. En el caso de la edad de inicio para el consumo de alcohol, vemos también como se ha venido incrementando la proporción de estudiantes que se inician antes de los 12 años, aunque el cambio solo lo vemos de 1997 a la fecha, pero sigue un patrón similar en proporción y magnitud de cambio que el caso de tabaco.

Al analizar ahora la relación de la edad de inicio con el consumo de tabaco, vemos cómo en la medida en que se inicia más temprano, la proporción de adolescentes que además consumen otra sustancia es mucho mayor. Así por ejemplo, vemos que un 30% de los adolescentes que se iniciaron a los 10 años o antes han consumido alguna otra droga; en tanto, aquellos que no consumen la sustancia o se iniciaron más tardíamente, sus proporciones de consumo son más bajas (5% para los que no consumen y 20% para los que se inician entre los 15 y los 17 años). Las drogas que muestran los principales niveles de consumo cuando se inician antes de los 12 años son la marihuana, la cocaína, los inhalables y los tranquilizantes, con prevalencias de casi un 10% cada una (Figuras 5 y 6).

Finalmente, en el caso de alcohol encontramos un comportamiento muy similar, solamente que presenta un efecto ligeramente menor (en un 5%) sobre el consumo de cualquier sustancia, pero para el de consumo de drogas individuales de tipo ilegal, los comportamientos son muy similares. Para las drogas médicas, el consumo es ligeramente menor aún en las edades menores (Figuras 7 y 8), con relación a lo que pasa con la edad de inicio del tabaco.

Conclusiones

Los datos aquí presentados muestran claramente que el inicio temprano de las drogas legales (tabaco y alcohol) es un factor de riesgo muy importante del consumo de drogas ilegales y médicas. De manera particular el consumo de tabaco presenta un impacto ligeramente mayor que el consumo de alcohol.

⁶ Debido a que la recomendación de la OMS sobre la forma como se pregunta alcohol cambió, no es posible tener tendencias desde 1989. El cambio fue de "haber probado alcohol" a "consumir una copa completa de alcohol".

Estos aspectos son importantes ya que también se observa cómo se ha venido incrementando el número de muchachos(as) que se inician antes de los 12 años, que en el caso del tabaco, aún cuando ha habido una ligera disminución en el total de consumidores, aquellos que inician antes de los 12 años se ha duplicado en los últimos 10 años. Para el alcohol, también se observa un incremento, en los últimos 3 años, tanto en la prevalencia del consumo como en el porcentaje de adolescentes que se inician antes de los 12 años.

Esta situación es importante ya que ambas drogas son socialmente aceptadas y el nivel de riesgo que percibe la población es muy bajo, incluso la normatividad de su venta a menores no es del todo cumplida. Esto ocurre en todos los ámbitos del adolescente.

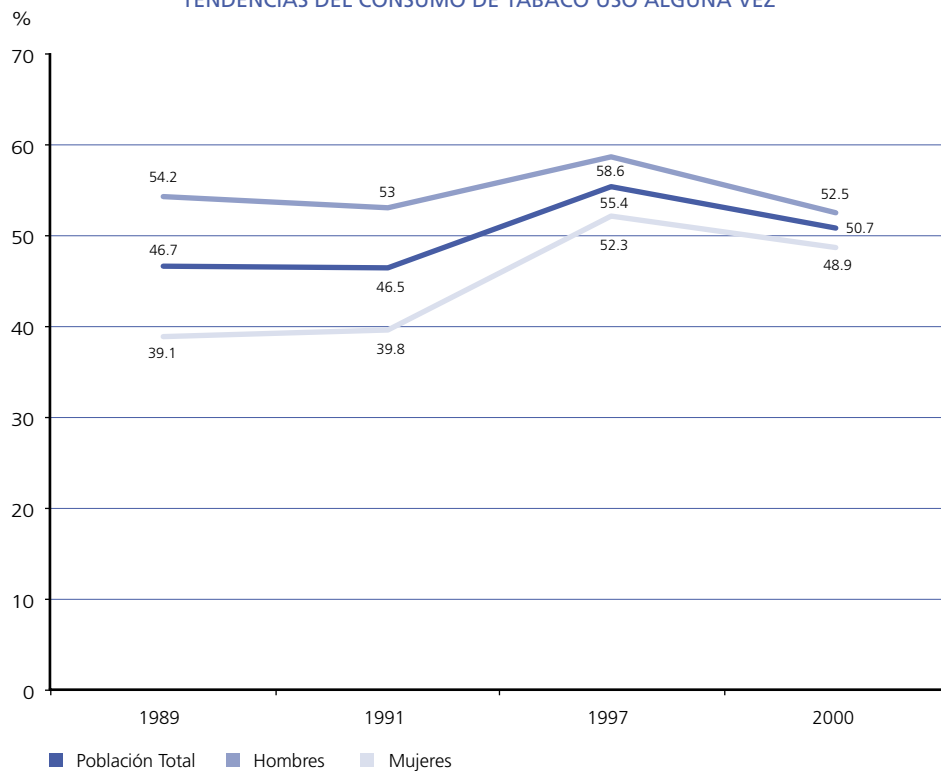
Ante ello, es importante reforzar y establecer acciones directas que conlleven a disminuir el número de usuarios de alcohol y tabaco; a incidir sobre el postergar la edad de inicio del consumo de estas sustancias y a tomar medidas adecuadas para el cabal cumplimiento de la prohibición de estas sustancias a menores.

Referencias

- Medina-Mora, ME., Peña-Corona, MP., Cravioto, P., Villatoro, J. y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*:44, suplemento 1:5109-5115
- Medina-Mora, ME.; Rojas, E.; Juárez, F.; Berenzon, S.; Carreño, S.; Galván, J.; Villatoro, JA; López, EK.; Olmedo, R.; Ortiz, E. y Ñequis, G. (1993): Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*. 16, 3:2-8.
- Rojas, E.; Galván, J.; Carreño, S.; Villatoro, J.; Medina-Mora, M.E.; Juárez, F.; Berenzon, S.; López, E.K. y Ñequis, G. (1993): Prevalencia de consumo de drogas en población escolar. *Salud Mental*. 16, 4:1-7.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME. Berenzon, S., Juárez, F., Rojas, E. y Carreño, S., (1998). Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction* 93(10), 1577-1588
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, EN., Hernández, S. Parra, J., Néquiz, G. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición otoño 1997. *Salud Mental*, 22, 2: 18-30.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. *Medición otoño del 2000*. *Salud Mental*. 25(1): 43-54.

FIGURA 1

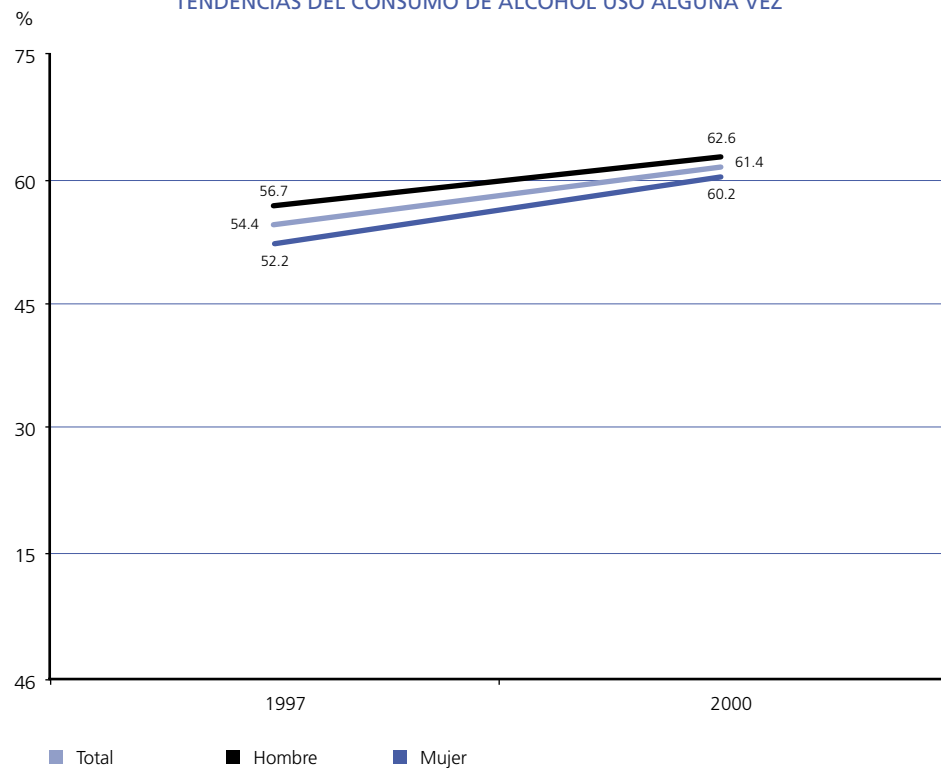
TENDENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO USO ALGUNA VEZ



Fuentes: De la Serna y cols., 1991; Medina-Mora y cols., 1991; Villatoro y cols., 1997, 2000

FIGURA 2

TENDENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL USO ALGUNA VEZ



Fuente: Villatoro y cols 1997, 2000.

FIGURA 3

TENDENCIAS EN EL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO A LOS 12 AÑOS O MENOS

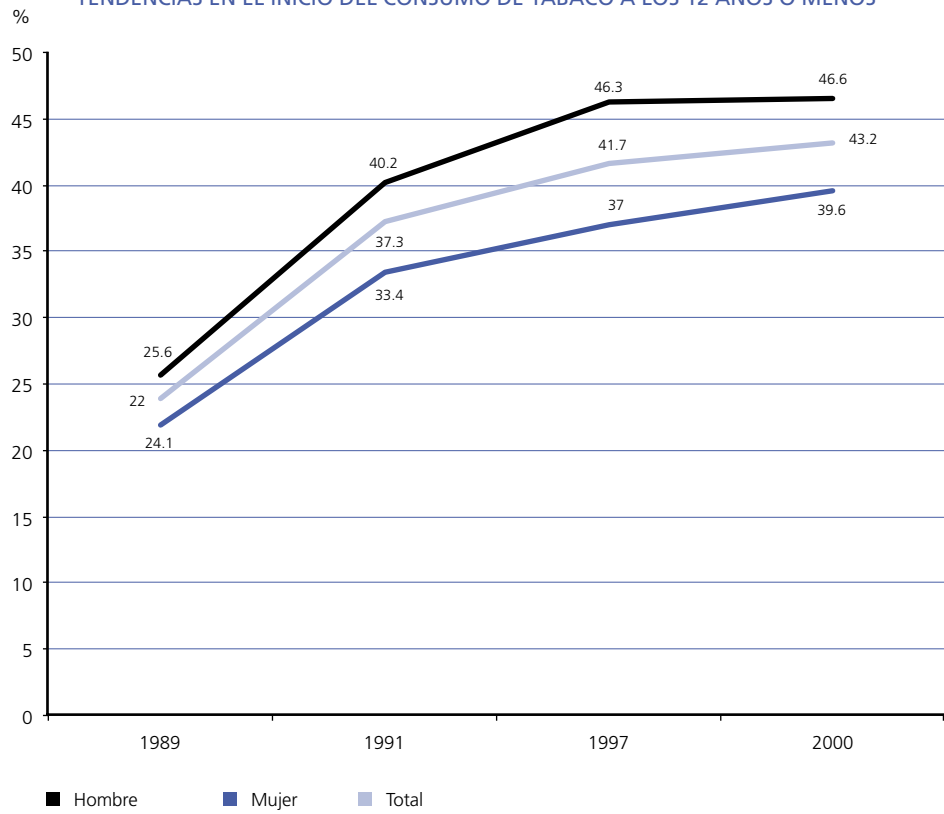
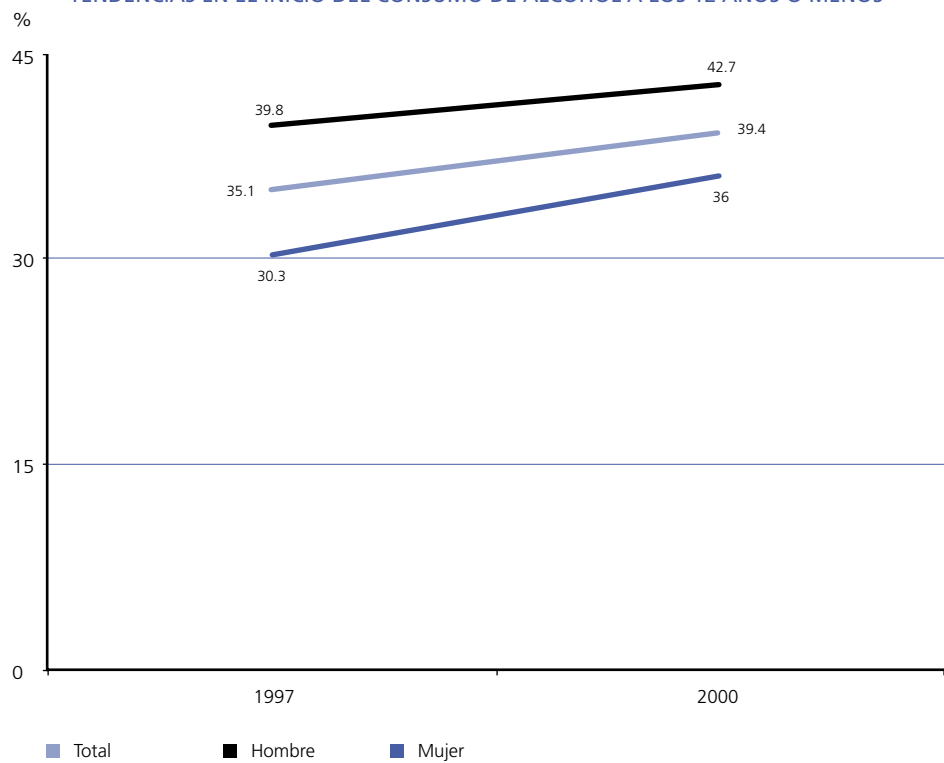


FIGURA 4

TENDENCIAS EN EL INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL A LOS 12 AÑOS O MENOS



Fuente: Villatoro y cols 1997, 2000.

FIGURA 5

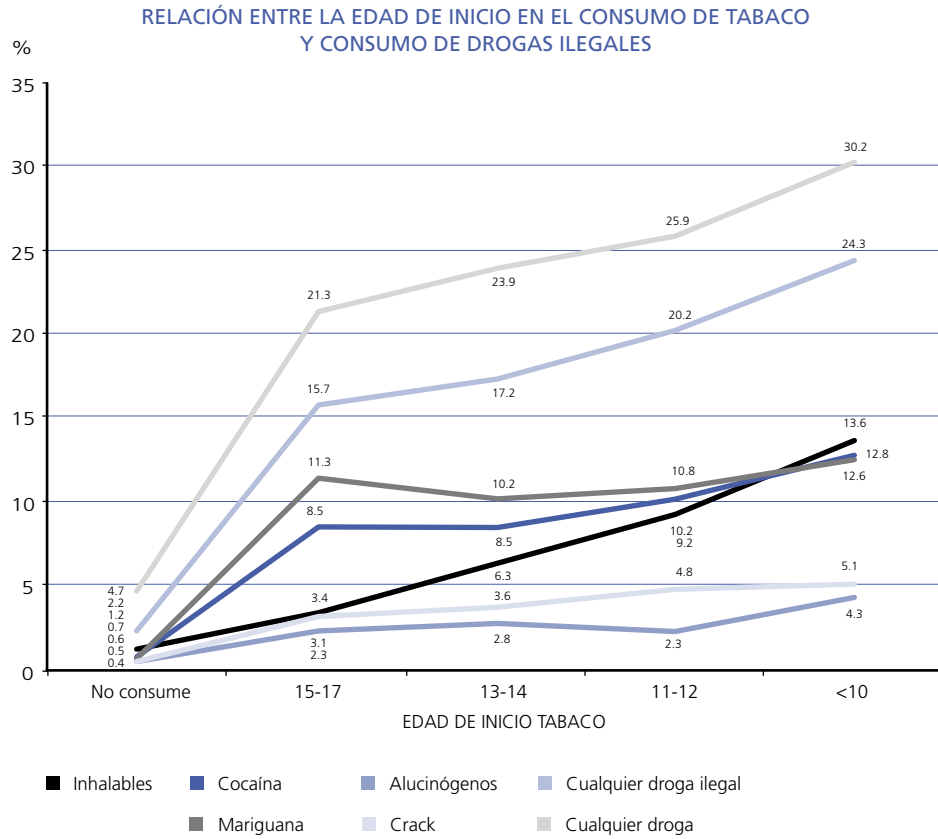


FIGURA 6

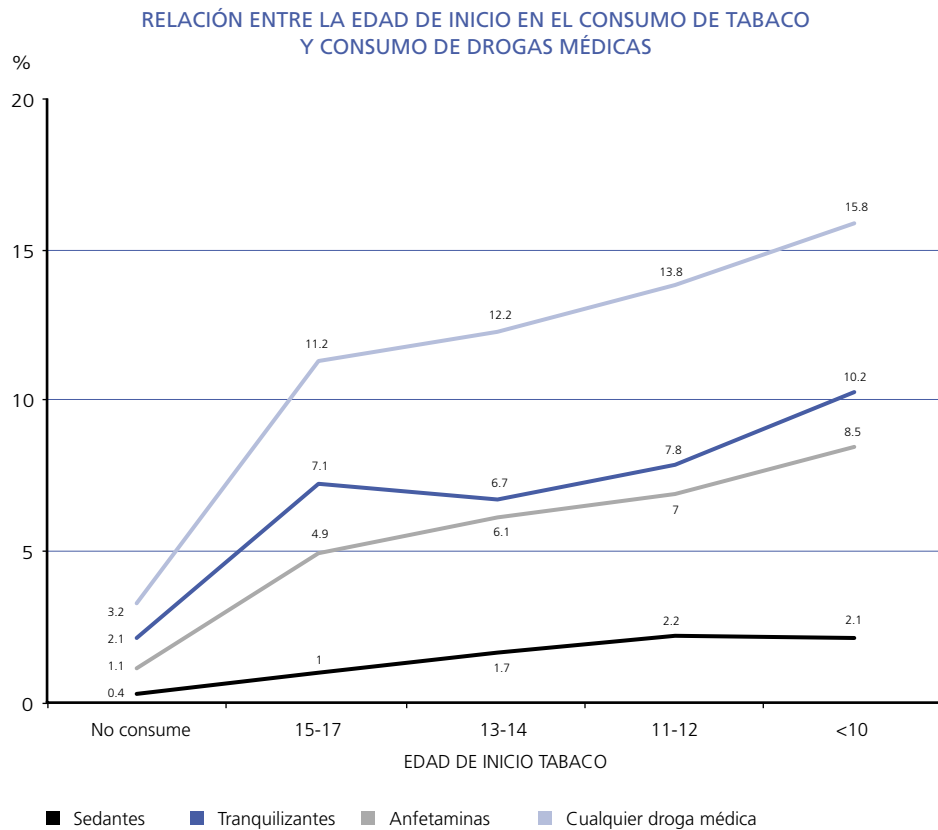


FIGURA 7

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

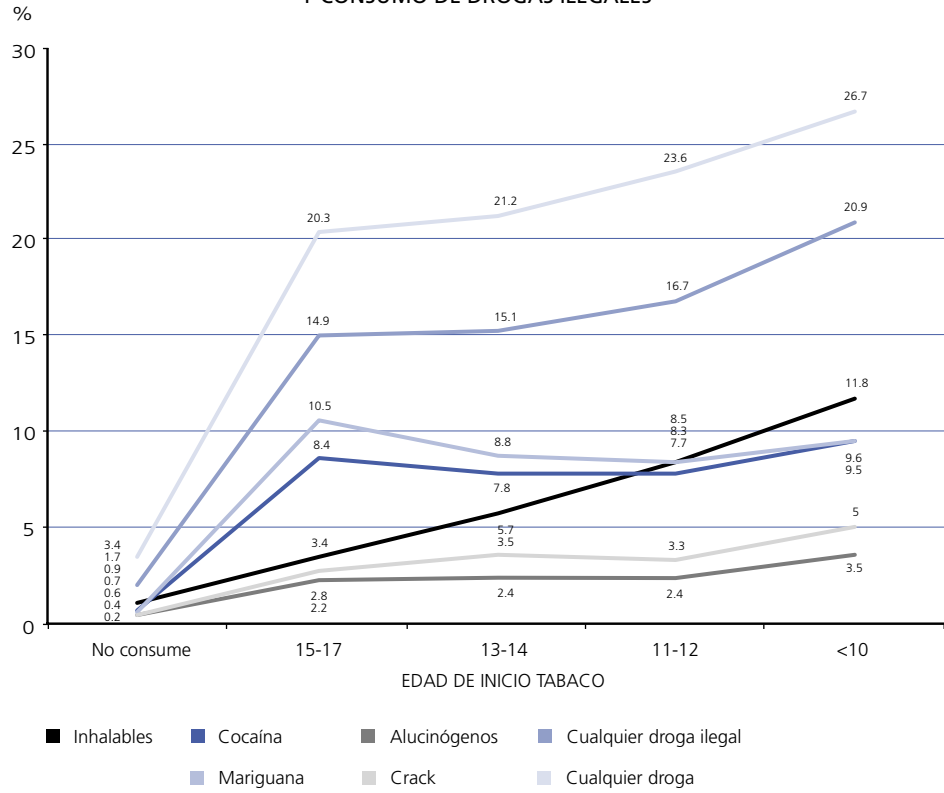
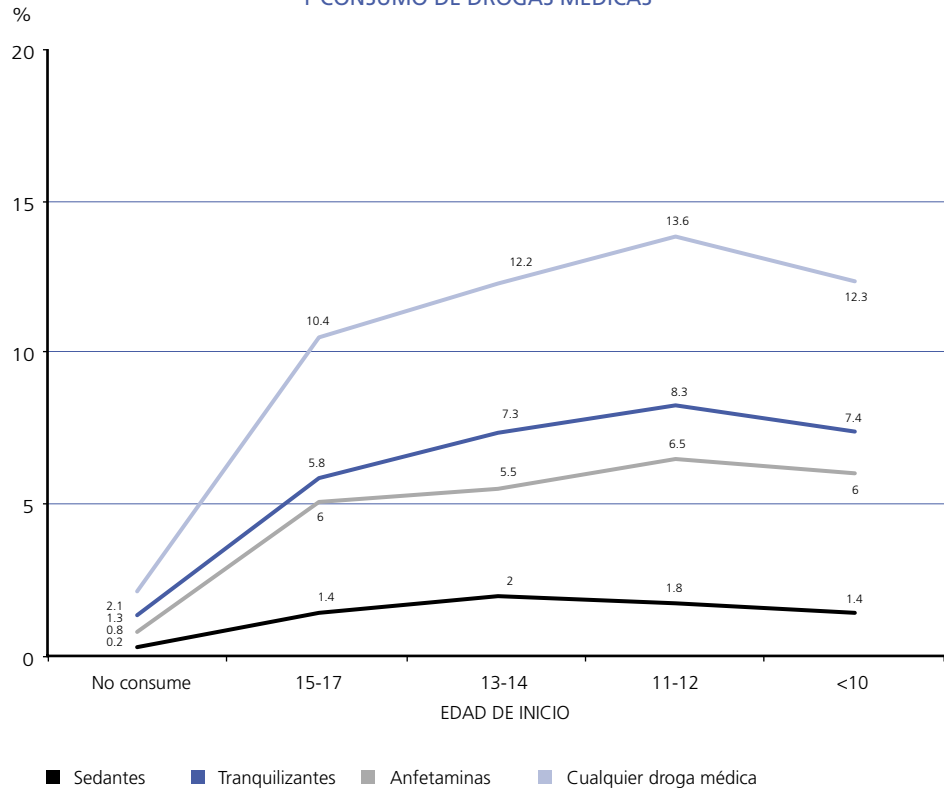


FIGURA 8

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGAS MÉDICAS





Tendencias del consumo de cocaína, marihuana e inhalables. Sistema de Reporte de Información en drogas

Arturo Ortiz.

INVESTIGADOR TITULAR EN
CIENCIAS MÉDICAS E.

Alejandra Soriano.

INVESTIGADOR ASOCIADO EN
CIENCIAS MÉDICAS C.

Jorge Galván.

INVESTIGADOR TITULAR EN
CIENCIAS MÉDICAS D.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Introducción

El conocimiento del uso de drogas, requiere del empleo de diversas ventanas metodológicas. Una de ellas es el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), que brinda información sobre las tendencias más relevantes del fenómeno.

El SRID aporta información sobre un sector de la población muy particular que es el que es captado por instituciones de salud y de justicia de la ciudad de México. Estas captan a población general y, dentro del proceso de atención que reciben las personas que asisten, algunas se autoidentifican como personas que han empleado alguna sustancia fuera de prescripción alguna vez en la vida. A estas personas se les evalúa el consumo y son las que se consideran "casos" para el Sistema.

Este es un sector de la población general que únicamente es estudiada por tener contacto con estas instituciones, de lo contrario nunca sería evaluada. Este sector de la población es importante de considerar porque es el que determina las necesidades específicas a las que las instituciones de salud y justicia deben de dar una respuesta; determina los rubros en los que se necesita atención y esta información es necesaria para decidir la asignación de recursos y políticas de atención. El acceso a esta información queda por tanto fuera del alcance de los métodos epidemiológicos tradicionales y de la misma manera fuera de los estudios de casos. De esta forma el grupo poblacional captado por el SRID es otra ventana que contribuye al conocimiento del problema del consumo de drogas.

En nuestro país se cuenta con la contribución de otras metodologías para el conocimiento del consumo de drogas, de esta manera corresponde a las encuestas de hogares y escuelas a nivel nacional evaluar la magnitud del problema, o bien se estudia sobre los aspectos sociales a partir de métodos de orientación etnográfica, o sobre aspectos individuales que se abordan con el método clínico.

El SRID tiene como propósito identificar las tendencias, identificar los cambios ocurridos y estimar la trayectoria del uso de drogas en la ciudad de México desde una perspectiva de la información en salud. Para ello realiza dos mediciones anuales desde el año 1987 a la fecha. (Ortiz y cols. 1989, 2002) Los resultados se expresan en términos de proporciones y tendencias del uso de drogas.

Se entiende por tendencia la dirección en la que se orientan los valores de las variables que integran el fenómeno. La tendencia surge cuando tres o más resultados consecutivos de una variable en el tiempo se orientan en una misma dirección. Las tendencias representan en el nivel micro lo que sucede con el fenómeno en el medioambiente natural a nivel macro.

En este trabajo se presentan los antecedentes del SRID, los resultados más importantes de las tendencias acumuladas de 1987 a 2002 y los más relevantes de la última evaluación realizada en 2002.

Antecedentes

Los sistemas de información sobre drogas están diseñados para aportar información que sirve de base para toma de decisiones. Consisten básicamente en que una agencia central recopila información proveniente de diversas fuentes, realiza el análisis, su procesamiento y pone a disposición los resultados.

Entre las características de los sistemas de información se busca que tengan una óptima relación

costo-beneficio, que no requieran personal o recursos materiales sofisticados y que sean relativamente rápidos a fin de que se cuente con información actualizada periódicamente. Por esto, diversos países han desarrollado sistemas de información que se aplican a diversos grupos de poblaciones, a fin de evaluar el fenómeno en momentos específicos, así como a lo largo de su evolución en el tiempo (Rootman y cols. 1980)

Por el tipo de información que aportan estos sistemas se les clasifica dentro de los métodos cuantitativos. De esta manera al igual que las encuestas, las estadísticas sobre disponibilidad de alcohol y otras drogas, y los reportes sobre consecuencias del consumo, los sistemas de información son herramientas que proporcionan estimaciones sobre la extensión y gravedad sobre el consumo de drogas.

El INP en cumplimiento a lo señalado en el Programa Nacional contra las Adicciones elaborado por el CONADIC (1985), que a su vez emana de la Ley General de Salud (1984), recibió la tarea de diseñar y poner en operación el Sistema de Reporte de Información en Drogas para la Ciudad de México. La razón para contar con un sistema surgió por la necesidad de disponer de una fuente de información periódicamente actualizada y homogénea en cuanto a la metodología e indicadores, que sirviera como una herramienta para aportar diagnóstico del consumo de drogas, tanto al momento de la evaluación como al paso del tiempo. Asimismo, esta información debería ser útil para diseñar programas de prevención adecuados a la población mexicana, desde una perspectiva de salud (Ortiz, A y col.1989).

De esta manera el SRID hace una evaluación piloto en 1986 e inicia formalmente su operación de manera continua desde 1987 a la fecha, contando con el apoyo voluntario de 44 instituciones del sector salud y procuración de justicia.

Las instituciones participantes en el SRID se caracterizan por captar a población general, debido a la naturaleza de sus actividades. En el proceso de admisión una proporción de esta población se auto identifica como usuario de alguna sustancia, al menos alguna vez en la vida, y fuera de prescripción o con la intención deliberada de alterar la percepción. Esta población es la que se considera como "caso".

Los criterios empleados para la definición de caso así como los aplicados para el procesamiento y análisis de la información, han permanecido estables a lo largo del tiempo, por lo que se pueden hacer comparaciones entre las diferentes mediciones. La información obtenida se procesa y analiza en el INP donde también se elabora un reporte de resultados (Ortiz y col., 2002).

Objetivo

En este trabajo se presentan los resultados de los siguientes aspectos:

1. Las tendencias del consumo de las drogas más empleadas en la ciudad de México dentro del periodo de 1987 a 2002
2. Las características más relevantes del consumo en la evaluación de noviembre del 2002.

Método

El SRID obtiene la información mediante evaluaciones o cortes transversales, realizados en los meses de Junio y Noviembre lo que constituye series de tiempo equidistantes. Cada evaluación constituye un muestreo no probabilístico de tipo intencional, esto significa que se busca la información de casos de usuarios que asisten a las instituciones participantes, independientemente del motivo por el cual llegan a la institución.

El instrumento para la recopilación de la información es una cedula de registro llamada "Informe Individual sobre Consumo de Drogas" que incluye 150 indicadores. Estos indicadores surgen de las siguientes fuentes:

- a. Lo que el consenso de las instituciones participantes considera el mínimo básico que es necesario conocer para dar cuenta del problema
- b. Los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud

- c. Los indicadores que han sido valiosos de acuerdo a la experiencia de otros sistemas similares que operan en otros países
- d. Las variables que la experiencia de investigación mexicana indica que es importante conocer

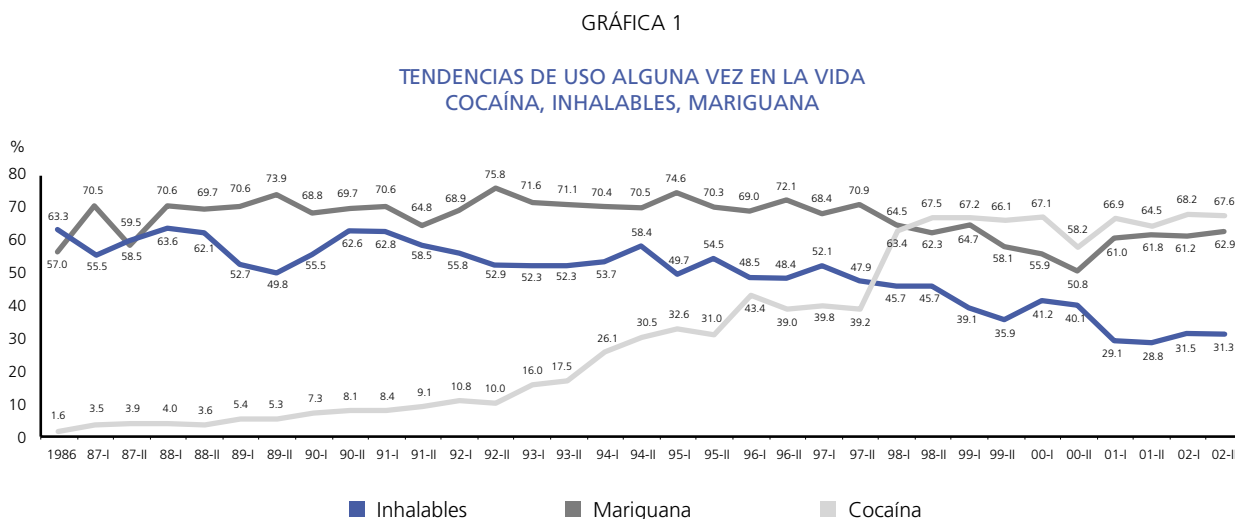
Resultados

La información obtenida por el SRID ha conformado hasta el año de 2002 una base de datos de 16,000 casos. (Ortiz, A. y cols. 1989; Galván, J. y cols. 1997, 2002), de la que se obtienen los resultados que se presentan a continuación:

- 1.- Las tendencias de las drogas más consumidas entre 1987 y 2002
- 2.- Los resultados obtenidos en la aplicación de noviembre de 2002

1.- Tendencias 1987-2002.

Los resultados presentados a continuación provienen de 16,044 casos estudiados. La cocaína, marihuana e inhalables han obtenido los niveles más altos de consumo (Gráfica 1).



Fuente: Ortiz A., Soriano A., Galván J. Noviembre del 2002. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el Area Metropolitana No.33. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Cocaína

El uso de esta droga "alguna vez en la vida" en Noviembre de 1987 era de 6 usuarios por cada cien. El nivel de consumo fue incrementándose discretamente hasta junio de 1993 que alcanza el 16%. A partir de esta fecha inicia un incremento constante hasta 1997 y llega al 70.9%. De esta fecha a Noviembre de 1998 fue un aumento brusco y llega al 67.5%. A partir de este momento se estabilizó como la primera droga de consumo en la ciudad de México. En noviembre de 2002 el consumo fue 67.6%.

La edad de inicio en el uso de esta droga entre 1987 y 2002 fue 20 años en promedio. La tendencia de este indicador ha permanecido relativamente estable.

Marihuana

La tendencia del consumo de esta droga indica que ocupaba el primer lugar con un nivel estable en el periodo de 1988 a 1998 que iba del 60% al 70%. En este año pasó al segundo lugar de consumo después de la cocaína. En el 2002 la proporción de uso fue del 62.9%.

Inhalables

En el periodo de 1988 a 1997 esta sustancia ocupaba el segundo lugar de consumo después de la marihuana, con proporciones que oscilaron del 63% al 48%. En esta fecha la cocaína pasa al

primer lugar y los inhalantes al tercero, donde permanecen hasta el 2002. En noviembre de 2001 la proporción del consumo en el nivel "uso alguna vez" se redujo al 28.8% y para noviembre de 2002 incrementó al 31.3%.

2.- Perfil de los usuarios de cocaína, mariguana e inhalables.

Esta información surge de la evaluación realizada en noviembre de 2002. En ella se obtuvo información de 902 casos. (Cuadro 2)

El grupo de edad más afectado es el de 15 a 19 años. En el caso de la cocaína el 33.8%, la mariguana el 36.5% y los inhalables 46.5%. La edad de inicio tiene el mismo rango y las proporciones son: cocaína 42.9%, mariguana 51.6% e inhalables 49.8%.

El tipo de usuario más frecuente para los 3 casos es entre 1 y 5 días de consumo al mes, esto se considera usuario "leve" o "ligero". Las proporciones son para la cocaína el 39.1%, para la mariguana el 30.7% y los inhalables el 32.5%. El segundo nivel en proporción es el usuario que ha consumido de 20 veces o más en el último mes, lo que se considera usuario "alto". Las proporciones son 17.9%, 23.5% y 16.3% respectivamente.

Las vías de administración reportadas para estas sustancias en noviembre de 2002 son:

Cocaína: inhalación y fumada por el mismo usuario: en el 52.4%; es la manera tradicional de emplear la cocaína en polvo. Inhalada y boteada: 21.4%. "botear" es aspirar mediante el empleo de latas de refresco a manera de pipa, o combinada con tabaco, según reportes del CONADIC e informantes clave.

Mariguana: fumada en el 60% de los casos.

Inhalables: Inhalación en el 98% de los casos. Inhalación genéricamente se refiere tanto a la que se hace por la nariz o por la boca o ambas. En la literatura se distinguen como "Sniffing" y "Huffing" y el efecto es el mismo.

La percepción de los problemas asociados al consumo por parte del usuario, es una manera de captar como vive situaciones específicas de su vida que vive antes del inicio del consumo, o situaciones que están presentes ya que el consumo se ha instalado como parte de su vida cotidiana. El reporte de los problemas se basa en las percepciones o descripciones que el usuario hace. Estos resultados también sirven de base para identificar áreas en las que se requiere de estudios más específicos.

El 35.8% de los usuarios reportaron algún tipo de problema antes del consumo, y el 99.7% lo reportaron después del consumo. La percepción del número de problemas asociados al consumo antes y después indica que para la cocaína es 1.6 y 2.7; para mariguana es de 1.7 y 2.6; y para los inhalables 2.1 y 3.1.

Discusión

El SRID ha sido una metodología que aporta una evaluación de las tendencias del consumo en una población muy particular que es la que se capta en las instituciones de salud y justicia de la ciudad de México. El apoyo que el Sistema ha recibido de las instituciones participantes, es lo que ha permitido operar de manera continua evaluando el fenómeno cada 6 meses desde 1987 a la fecha.

La participación de las instituciones en el Sistema ha sido siempre voluntaria, lo cual se agradece. Esto se ha debido en importante medida a que ellas mismas han visto la utilidad de los datos, y la factibilidad de la operación del sistema, ya que los requerimientos en infraestructura de recursos humanos y materiales están al alcance. De esta manera el SRID tiene una óptima relación costo-beneficio, lo que lo hace una atractiva alternativa para países con recursos limitados.

Por otra parte, las evaluaciones que realiza el sistema siguen un criterio de constancia en cuanto al empleo de los mismos indicadores, método, procedimiento, etcétera, lo que hace que los resultados encontrados vayan tomando más fuerza y se aumente la potencia de la información.

Como en todo problema que es multi-causal, es importante tener la confluencia de varias variables que miran hacia el mismo fenómeno en el mismo momento. De esta manera el SRID es tan

CUADRO 2

PERFIL DEL USUARIO DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE DROGAS¹

		COCAINA n =610 %	MARIGUANA n =567 %	INHALABLES n =282 %
SEXO	Masculino	89.7	91.7	87.9
	Femenino	10.3	8.3	12.1
EDAD	Hasta 11 años	0.5	0.4	0.7
	12 a 14	2.8	3.7	8.5
	15 a19	33.8	36.5	46.5
	20 a 24	22.1	21.9	17.7
	25 a 29	17.4	13.8	13.1
	30 o más	23.4	23.8	13.5
ESTADO CIVIL	Casado	15.0	14.1	70.9
	Divorciado	5.3	5.3	9.7
	Separado	1.5	1.4	12.9
	Soltero	61.6	66.2	5.8
	Unión libre	16.3	12.8	0.4
	Viudo	0.3	0.2	0.4
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo	38.0	46.0	47.4
	Medio	61.8	53.6	52.6
	Alto	0.2	0.4	
ESCOLARIDAD	S/E	1.3	1.2	2.9
	Primaria inc.	5.8	6.6	10.2
	Primaria com.	10.1	13.3	17.8
	Secundaria inc.	25.5	23.8	31.6
	Secundaria com.	23.5	19.6	18.2
	Técnica inc.	2.6	2.5	2.2
	Técnica com.	2.5	1.8	1.1
	Preparatoria inc.	16.4	19.8	8.7
	Preparatoria com.	6.6	6.0	3.6
	Educ. Sup. inc.	4.5	4.1	3.3
	Educ. Sup. com.	1.2	1.2	0.4
OCUPACION	Ama de casa	2.0	0.5	1.8
	Empleado o comerciante	33.8	30.5	20.9
	Estudiante	13.2	17.5	17.6
	Profesionista	0.7	0.4	
	Sin ocupación	24.2	23.7	34.2
	Subempleado o eventual	26.2	27.5	25.5

PERFIL DEL USUARIO DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE DROGAS¹

		COCAINA n =590 %	MARIGUANA n =537 %	INHALABLES n =272 %
EDAD DE INICIO	Hasta 11 años	1.7	4.4	9.4
	12 a 14	13.8	24.0	32.1
	15 a19	42.9	51.6	49.8
	20 a 24	17.1	11.9	6.0
	25 a 29	12.9	4.0	2.3
	30 a más	11.6	4.2	0.4
TIPO DE USUARIO	Experimental	13.4	16.9	27.1
	Ocasional	14.0	15.5	12.5
	Leve	39.1	30.7	32.5
	Moderado	11.1	9.5	8.3
	Alto	17.9	23.5	16.3
	No especificado	4.5	3.9	3.3
X DEL NUMERO DE DROGAS POR USUARIO		2.2	2.4	2.9
X DEL NUMERO DE PROBLEMAS ANTES Y DESPUES DEL CONSUMO		1.6/ 2.7	1.7/ 2.6	2.1/ 3.1

¹Se refiere a las drogas de mayor consumo en esta evaluación, excepto alcohol y tabaco.

Fuente: Ortiz A., Soriano A., Galván J. Noviembre del 2002. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el Area Metropolitana No.33. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

solo una de ellas que con la confluencia de muchas otras contribuyen con una porción de información para el mejor conocimiento del problema.

Bibliografía

Ortiz, A., Orozco C., Romano M., Sosa R., Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas y Tendencias del Consumo en el área Metropolitana. Salud Mental 12(2): 35 - 41, junio, 1989.

Rootman, I. Hughes, P.H. Drug Abuse Reporting Systems. WHO publication Offset No. 55., Geneva, 1980.

Galván, J., Ortiz, A., González L. 1997. El Sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar de diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia. Salud pública de México, 39(1): 61-67.

Ortiz, A., Soriano A., Galván J. Sistema de Reporte de información en Drogas (SRID). En: CONADIC. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002: 97-109. México D.F.

Tráfico de drogas en México

1. Es importante señalar que todos los indicadores que se construyeron, muestran comparaciones con respecto a cifras globales de la población total ó de la superficie del territorio nacional, situación que permite tener una visión de la incidencia y la magnitud del problema en el ámbito nacional. Cabe señalar que en algunos de los casos estas cifras se mantienen constantes a los largo del tiempo (territorio nacional) y en otros registran variación importante año tras año (población anual total), situación que impacta de manera directa en el resultado de los indicadores.
2. Al momento en que se observa el comportamiento de los números que nos proporciona cada uno de los indicadores, nos damos cuenta que los valores obtenidos, son relativamente pequeños con respecto al valor principal por medio del cual se hace la comparación. Es así que, si se está tomando como referencia el territorio nacional, para saber cuántos plantíos se siembran por cada 1,000 hectáreas, los resultados que se obtienen indiquen que aproximadamente son de 1 a 4 plantíos en promedio, por lo que si se hace la comparación directa el número es muy pequeño con respecto al valor general de la comparación.
3. Otro aspecto importante al momento de tratar de interpretar los indicadores, es el hecho de que están contruidos exclusivamente con los resultados del Esfuerzo Nacional para los aseguramientos de drogas y la destrucción de plantíos de enervantes, por lo que el indicador únicamente está relacionado directamente con estas cifras. Esto quiere decir que los indicadores tendrán variaciones sustanciales, si para el período de cálculo se registraron importantes aseguramientos de algún tipo de narcótico o no.
4. Algunas acotaciones especificas al momento de observar los resultados de los indicadores son las siguientes:
 - 4.1. Para el caso de la cocaína, el indicador nos representa el consumo que tendría indistintamente cada habitante del país en un período de un año. Este indicador, presenta a lo largo de los años una tendencia a la baja que va desde los 600 miligramos por habitante hasta los 120 miligramos, con un promedio anual de 350 miligramos. Definitivamente, esta situación tiene que ver con una baja en las intercepciones del alcaloide, asociadas principalmente a los ajustes por parte de los cárteles que la comercian, de los modos de operación y transporte. Así, a lo largo de los años las modalidades de tráfico marítimo han ido reemplazando a las operaciones aéreas o incluso buscando combinar las situaciones. Es necesario señalar que para el caso de la cocaína, se ha logrado establecer que México solamente es un país de tránsito, ya que la mayoría proviene del sur del continente, por lo que la mayoría de las operaciones de intercepción, dependen únicamente de la capacidad de respuesta en las actividades de inteligencia operativa de las autoridades mexicanas.

- 4.2. Para el caso del aseguramiento y erradicación de marihuana y erradicación de amapola los resultados de los indicadores correspondientes muestran una tendencia histórica a la alza con leves variaciones a la baja en los últimos años y esto de manera uniforme. Esta situación, también tiene que ver directamente con el número de operaciones con éxito en la destrucción y aseguramiento de este tipo de enervantes y en que son drogas que desgraciadamente se producen en el país, por lo que se cuenta con estrategias que han permitido identificar perfectamente las zonas de mayor incidencia en la siembra y los puntos más conflictivos de tráfico. El tráfico de marihuana es tradicionalmente por vía terrestre y a lo largo de los años se han identificado muchas modalidades de ocultamiento que facilitan la detección del enervante aún en situaciones de riesgo.
- 4.3. Por otra parte el indicador de personas detenidas relacionadas con el narcotráfico de manera general presenta una tendencia a la baja. Esto, debido a las estrategias implementadas por las autoridades mexicanas en el sentido de reforzar la vigilancia e identificación de las personas vinculadas a estos delitos, lo que hace cada vez más difícil para este sector, incorporarse a la actividad ilícita y lograr no ser detectado por las autoridades y luego cuando ya están incorporados el hecho de conservar incluso la vida dentro de las fuertes pugnas de poder que se dan dentro de los cárteles. Es en ese sentido, que se puede explicar la baja en el indicador: Posiblemente, en muchas de las situaciones la gente ya no esta viendo como una opción de vida factible el hecho de incorporarse a alguna actividad ilícita.

Tráfico de Cocaína

El tráfico de cocaína en México se realiza mediante el uso constante del transporte intermodal que consiste en la combinación de la transportación terrestre, marítima y aérea, con el fin de trasladar una sola carga de droga a un punto intermedio para posteriormente ser enviada a su destino final.

Actualmente, el tráfico de cocaína se da a través de la combinación del medio marítimo con el terrestre, manteniéndose esta última como una modalidad secundaria o de enlace en el transporte de esta droga hacia la frontera norte del país.

Del primero de enero al 8 de octubre de 2003, se aseguraron 20.8 Ton. en 1, 777 operaciones, siendo la vía terrestre la modalidad que se utilizó con mayor frecuencia para el tráfico de esta droga, sin embargo, por la modalidad marítima se aseguraron los mayores volúmenes (12.1 Ton.) en 20 operativos.

Los estados de Colima, Quintana Roo, Veracruz, Chiapas, Aguascalientes, Yucatán, Sonora y Oaxaca, concentraron el 89% del total asegurado en el país. Como se observa tanto el Caribe como los litorales del Pacífico son utilizados con mayor frecuencia para la introducción de cocaína a México.

El tráfico marítimo de cocaína es la modalidad mediante la cual se pueden transportar grandes cantidades de droga. En este periodo las organizaciones delictivas utilizaron con más frecuencia aguas nacionales y las playas para la introducción de esta droga.

Mediante la modalidad terrestre, se aseguraron 7.1 Ton. de cocaína en 1,753 operaciones lo que demuestra que una vez que es introducida la droga ésta se traslada principalmente por carretera en diferentes rutas, que abarcan la mayor parte del territorio nacional.

Asimismo, algunas terminales aéreas son usadas para este fin, destacando el aseguramiento realizado en el estado de Aguascalientes en donde se aseguró 2 Ton. de este enervante. La droga era transportada en un avión procedente de Colombia y de acuerdo a información oficial, el aeropuerto de esta entidad fue utilizado de manera fortuita ya que al presentar una falla mecánica el aparato se vio forzado a aterrizar en este lugar.

En el caso de tráfico aéreo se aseguraron 1.5 Ton. de cocaína en 4 operaciones que representa el 8% del total nacional. Estos aseguramientos se registraron en los estados de Baja California,

Jalisco y Campeche; en este último estado se aseguraron 924.6 Kg. de este enervante que se encontraba oculta en el interior de una aeronave, la cuál provenía de Colombia.

Tráfico de Marihuana

La marihuana se trafica por vía terrestre en grandes volúmenes a través del territorio nacional, principalmente desde los estados productores del Pacífico hacia la frontera Norte.

De enero al 8 de octubre de 2003, se aseguraron 884 Ton. de marihuana a través de 4,934 operaciones de intercepción, siendo la vía terrestre la modalidad más utilizada para el traslado de esta droga. Los estados de Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Durango y Michoacán, concentraron el 70% de los aseguramientos de marihuana en el país.

Por vía terrestre se aseguraron 833 Ton. de marihuana en 4,849 operaciones, principalmente por carretera, siendo los estados de Sonora, Coahuila, Sinaloa, Baja California y Chihuahua, en donde se concentró el 76% del enervante asegurado por esta vía.

El tráfico marítimo es la segunda modalidad utilizada para el tráfico de este enervante en el país, durante este periodo se aseguraron 40 Ton. de marihuana, destacando los litorales de Sonora, Baja California y Baja California Sur, debido al volumen de droga asegurada y al número de operaciones registradas.

En este periodo destacan los aseguramientos en aguas nacionales, los cuales concentraron el 78% dentro de esta modalidad. Como se observa los grupos delictivos utilizan los litorales para trasladar marihuana hacia el Norte del país.

El tráfico de marihuana por vía aérea es una modalidad frecuentemente utilizada por las organizaciones del narcotráfico con el propósito de enviar el enervante de las zonas productoras hacia la franja fronteriza del Norte del país.

De enero al 8 de octubre del 2003, se aseguraron 11.2 Ton. de este enervante por esta vía, asegurándose 12 aeronaves de las cuales 9 se localizaron en la Región Noroeste, en los estados de Sinaloa, Baja California, Chihuahua y Sonora destacando la primera entidad con tres aeronaves. Esta región es la más importante en el tráfico aéreo de marihuana, debido a que constituye un punto de distribución, almacenamiento y enlace entre las zonas productoras de marihuana en esta región del país y las ciudades norteamericanas de Yuma y Nogales, Arizona.

Tráfico de Opiáceos

El tráfico de opiáceos se da fundamentalmente por vía terrestre, que se realiza a partir de la producción de amapola de algunas regiones del país, localizadas principalmente en la Costa del Pacífico.

En este mismo periodo se aseguraron 185.1 Kg. de goma de opio en 109 operaciones, destacando las realizadas por vía terrestre. El 97% de la goma de opio asegurada, se concentró en los estados de Guerrero, Chihuahua Sonora, Baja California y Sinaloa, siendo carreteras y domicilio, los puntos de mayor incidencia en el tráfico de este tipo de opiáceo.

De estas entidades se distingue el estado de Guerrero, en el cual se aseguraron 140 Kg. que equivale al 75% del total nacional; dentro de su territorio se ubica la principal zona de cultivo de amapola en el país, que se caracteriza por su alta producción de goma de opio que abastece a los centros de procesamiento localizados principalmente en el centro y norte del país.

El tráfico de heroína, se efectúa por vía terrestre y aérea; y de aquella proveniente de Sudamérica con destino a los Estados Unidos, a través de vuelos comerciales procedentes de Sudamérica.

De enero al 8 de octubre de 2003 se aseguraron 101 Kg. de heroína en 147 operaciones, destacando los efectuados por vía terrestre. Los estados de Sonora, Quintana Roo, Baja California, Distrito Federal y Coahuila concentraron el 95% del total nacional.

En este periodo, el estado de Sonora registró la mayor cantidad asegurada en el país (26.64 Kg.); esta entidad se constituye como la principal zona de tráfico de heroína hacia los puntos fronterizos de San Luis Río Colorado, Tijuana y Ensenada, Baja California. Cabe señalar que la heroína

traficada proviene de los estados de Sinaloa y Jalisco, los cuales son considerados sitios de procesamiento y conexión de la droga producida en el centro del país.

El 38% de la heroína asegurada en el territorio nacional, se efectuó en carretera y aeropuerto. Es preciso indicar, que durante este periodo, en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, se aseguraron 3.6 Kg. en dos operaciones, esta droga provenía de Sudamérica, siguiendo rutas que tienen como origen Medellín y Cali en Colombia, así como Sao Paulo en Brasil.