



GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD



CECAJ
Consejo Estatal Contra
las Adicciones en Jalisco

"SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES"

RESULTADOS 2005

"Por un Jalisco Libre de Drogas".

CONTENIDO

CONTENIDO	ii
GRÁFICOS	iii
FIGURAS.....	v
CUADROS.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vii
MÉTODO	x
INSTITUCIONES Y ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES QUE PARTICIPAN EN EL SISVEA.....	xiii
INDICADORES.....	1
CONSUMO DE DROGAS	2
CONSUMO DE DROGAS POR REGIÓN	9
HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS.....	18
URGENCIAS.....	24
SERVICIO MÉDICO FORENSE	36
MENORES INFRACTORES	51
NIÑOS DE LA CALLE	68
CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS.....	78
GLOSARIO DE TÉRMINOS	84
CRÉDITOS	98

GRÁFICOS

Consumo de Drogas

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO.....	3
GRÁFICO 2: EDAD DE AFLUENCIA A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS	4
GRÁFICO 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR	4
GRÁFICO 4: EDAD DE INICIO PARA EL CONSUMO DE DROGAS	5

Consumo de Drogas por Región

GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES TRATADOS POR FARMACODEPENDENCIA POR REGIÓN SANITARIA	11
GRÁFICO 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS DE DROGAS VÍA INTRAVENOSA POR REGIÓN SANITARIA	16

Urgencias

GRÁFICO 7: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIA MÉDICA	26
GRÁFICO 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD	27
GRÁFICO 9: DEMANDA DE SERVICIO SEGÚN DÍA DE LA SEMANA	28
GRÁFICO 10 DEMANDA DE SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN TURNO	28
GRÁFICO 11: MOTIVOS DE INGRESO	29
GRÁFICO 12: MOTIVO DE INGRESO SEGÚN USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	30
GRÁFICO 13: SUSTANCIAS ADICTIVAS ASOCIADAS A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIAS POR PADECIMIENTOS MÉDICOS	31
GRÁFICO 14 PACIENTES FUMADORES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICAS	33
GRÁFICO 15 PACIENTES BEBEDORES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICAS	34

Servicio Médico Forense

GRÁFICO 16: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	38
GRÁFICO 17: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD	39
GRÁFICO 18: CAUSA DE MUERTE	39
GRÁFICO 19: LUGAR DE LA MUERTE	40
GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CAUSA DE MUERTE	40
GRÁFICO 21: CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS Y DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	42
GRÁFICO 22 : DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS	43
GRÁFICO 23: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE MUERTE EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS.	43
GRÁFICO 24: TIPO DE SUSTANCIAS PRESENTES EN CADÁVERES DE SEMEFO	45

GRÁFICO 25: TENDENCIA DE PRESENCIA DE DROGAS.....	47
EN CADÁVERES DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE 1998-2005	47
GRÁFICO 26: PREVALENCIA DE ALCOHOLEMIAS EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS.....	48
GRÁFICO 27: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A	48
MARIHUANA Y COCAÍNA.....	48
GRÁFICO 28: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A	49
TRANQUILIZANTES E INHALANTES.....	49

Menores Infractores

GRÁFICO 29: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO.....	52
GRÁFICO 30: DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE EDAD	53
GRÁFICO 31: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS	53
MENORES INFRACTORES SEGÚN ESCOLARIDAD.....	53
GRÁFICO 32: OCUPACIÓN.....	54
GRÁFICO 33: TIPO DE FAMILIA SEGÚN ACTITUD	55
GRÁFICO 34: RASGOS DE PERSONALIDAD	55
GRÁFICO 35: NÚMERO DE INGRESOS A LA INSTITUCIÓN	56
GRÁFICO 36: USO Y TIPO DE ARMA UTILIZADAS POR LOS MENORES	57
PARA COMETER LA INFRACCIÓN	57
GRÁFICO 37: TIPO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS PARA COMETER.....	58
LA INFRACCIÓN	58
GRÁFICO 38: MENORES USUARIOS HABITUALES DE DROGAS	58
GRÁFICO 39: MENORES INFRACTORES CON FAMILIA FUNCIONAL	60
SEGÚN USO HABITUAL DE DROGAS	60
GRÁFICO 40: USUARIOS HABITUALES DE DROGAS	60
SEGÚN FAMILIA DE TIPO DISFUNCIONAL	60
GRÁFICO 41: USO DE ARMAS Y SU RELACIÓN CON.....	61
EL USO HABITUAL DE DROGAS.....	61
GRÁFICO 42: USO DE ARMAS, SEGÚN ACTITUD FAMILIAR	62
GRÁFICO 43: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE MARIHUANA	63
POR MENORES INFRACTORES	63
GRÁFICO 44: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE INHALABLES.....	64
GRÁFICO 45: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE COCAÍNA.....	64
GRÁFICO 46: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES.....	64
GRÁFICO 47: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	65
GRÁFICO 48: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRACK	65
GRÁFICO 49: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRISTAL.....	66
GRÁFICO 50: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE HEROÍNA.....	66

Niños de la Calle

GRÁFICO 51: DISTRIBUCIÓN POR SEXO	69
GRÁFICO 52: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.....	70
GRÁFICO 53: NIVEL DE INSTRUCCIÓN	70
EDUCATIVA DE LOS NIÑOS.....	70
GRÁFICO 54: ACTIVIDAD LABORAL.....	71
DESEMPEÑADA POR LOS MENORES	71

GRÁFICO 55: TIEMPO DE VIVIR EN LA CALLE	72
GRÁFICO 56: RASGOS DE CONDUCTA	72
GRÁFICO 57: ¿A QUIÉN ACUDE EL NIÑO	73
CUANDO TIENE PROBLEMAS?	73
GRÁFICO 58: USUARIOS DE DROGAS	74
GRÁFICO 59: DROGA DE PRIMER CONTACTO	74
EN NIÑOS DE LA CALLE.....	74
GRÁFICO 60: NIVEL DE CONSUMO DE DROGAS.....	75

FIGURAS

Figura 1: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA	20
Figura 2: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES	21
Figura 3: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA	22
Figura 4: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE HEROÍNA	23

CUADROS

Consumo de Drogas

Cuadro 1: DROGAS DE INICIO.....	6
Cuadro 2: PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	6
Cuadro 3: DROGAS DE MAYOR IMPACTO	7

Consumo de Drogas por Región

Cuadro 4: REGIONES SANITARIAS DE LA.....	10
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO	10
Cuadro 5: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA	12
Cuadro 6: FORMA EN QUE ACUDEN A CENTROS DE TRATAMIENTO	12
PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA.....	12
Cuadro 7: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS.....	13
SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA.....	13
Cuadro 8: DROGAS DE INICIO.....	14
SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA.....	14
Cuadro 9: DROGAS DE IMPACTO	15
SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA.....	15

Urgencias

Cuadro 10: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESOS	29
SEGÚN PADECIMIENTO MÉDICO	29
Cuadro 11: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA COMO MOTIVO DE INGRESO	30
Cuadro 12: PADECIMIENTOS MÉDICOS ASOCIADOS.....	32

A SUSTANCIAS ADICTIVAS.....	32
Cuadro 13: LESIONES POR CAUSA EXTERNA RELACIONADAS	33
CON SUSTANCIAS ADICTIVAS	33
Cuadro 14: PACIENTES USUARIOS DE DROGAS.....	34
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.....	34
Cuadro 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS.....	41
DE MUERTE SEGÚN TIPO.....	41

Servicio Médico Forense

Cuadro 16: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE MUERTE ASOCIADA A SUSTANCIAS ADICTIVAS SEGÚN CAUSA DE DECESO.....	44
Cuadro 17: LUGARES DONDE OCURRIÓ LA MUERTE DE CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS SEGÚN EL TIPO DE MUERTE	45
Cuadro 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSA DE MUERTE.....	46
SEGÚN TIPO DE SUSTANCIA ADICTIVA.....	46

Menores Infractores

Cuadro 19 TIPO DE INFRACCIÓN COMETIDA POR LOS MENORES.....	56
Cuadro 20: TIPO DE DROGA CONSUMIDA POR MENORES USUARIOS HABITUALES ...	59

Niños de la Calle

Cuadro 21: MOTIVOS PARA VIVIR EN LA CALLE.....	73
Cuadro 22: MOTIVOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	75
Cuadro 23: DROGAS DE MAYOR CONSUMO.....	76

GLOSARIO DE TÉRMINOS

[A](#) [B](#) [C](#) [D](#) [E](#) [F](#) [G](#) [H](#) [I](#) [K](#) [L](#) [M](#) [N](#) [O](#) [P](#) [S](#) [T](#) [U](#) [V](#)



GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES EN JALISCO



INTRODUCCIÓN

El efecto del uso y abuso de sustancias que causan adicción es un fenómeno global que repercute en la población de todo el mundo, es un problema real que reduce el bienestar y daña a la salud, además de lastimar a la sociedad en su conjunto por la violencia y el narcotráfico que la acompaña.

La situación del consumo de sustancias adictivas en México ha mostrado una tendencia creciente, aún cuando no están tan aceleradas como en las que encontramos en otras naciones; pero el problema se interrelaciona por el tráfico local e internacional, aumentando la complejidad y la disponibilidad de otras drogas. Es un problema dinámico que presenta cambios en cuanto a los patrones de uso y abuso, en edades de inicio, en la aparición de drogas y mezclas nuevas, problemas asociados a éstas, donde nuestro País y nuestro Estado no son la excepción.

Los problemas relacionados con el uso y abuso de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas médicas e ilegales, favorece las alteraciones del orden social, de salud pública, la productividad y el desarrollo de una sociedad, así como en la ocurrencia de muertes prematuras. Esto constituye una clara demostración de la necesidad de sumar las acciones de las diferentes Instituciones y Organismos no Gubernamentales del Estado, involucrados directa o indirectamente con la prevención de las conductas de consumo y el desarrollo de la dependencia a drogas, en este sentido en Jalisco el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)** se ha logrado conformar como un sistema único de información que nos permite conocer con oportunidad y veracidad las tendencias de consumo, el perfil de los usuarios e identificar nuevas drogas; así como conocer las repercusiones en la morbilidad y mortalidad, en la delincuencia, así como los factores de riesgo que propician el consumo de drogas, lo que hace posible conformar un diagnóstico que facilite la formulación de políticas y la toma de decisiones en materia de prevención de adicciones en sus tres niveles de atención del fenómeno adictivo en el Estado.

Con el objeto de conocer el comportamiento del fenómeno de la farmacodependencia en nuestro país, la Dirección General de Epidemiología crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el cual inicia en el año de 1988 en la Ciudad de México y en 1990 se lleva a cabo en la ciudad de Guadalajara.

Este Sistema ha evolucionado para dar cobertura al Estado de Jalisco y no sólo a la Ciudad de Guadalajara, esto se logra gracias a la participación de los Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud.

A partir de Enero de 1998 el SISVEA pasa a formar parte del Consejo Estatal Contra las Adicciones, es considerado como prioritario en el Programa **“Por un Jalisco Libre de Drogas”** instituido y avalado por el Ejecutivo del Estado.

El SISVEA como herramienta epidemiológica nos permite conocer de una forma más clara y concreta la situación que prevalece en los usuarios de alcohol, tabaco y otras drogas que acuden a diversos Centros de Tratamiento para la atención del problema adictivo.

El consumo de sustancias adictivas es un fenómeno complejo, de orígenes y comportamientos que cambian constantemente, con consecuencias en el individuo, en la familia y en la sociedad, este fenómeno presenta características muy específicas en cada área geográfica y tipo de población en la que se estudie.

Dicho fenómeno sufre cambios constantemente a través del tiempo e incrementa el riesgo de que los jóvenes se conviertan en nuevos usuarios por la disponibilidad que existe en cualquier población de las diferentes sustancias adictivas; afecta directamente la evolución de cada una de las comunidades, favorece el desempleo y la violencia familiar, la emigración a otras ciudades, incluso a otros países en busca de mejores oportunidades de trabajo y por consecuencia, la importación de actitudes y consumo de nuevas drogas, lo que ha provocado que el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia adquieran dimensiones epidémicas.

Por tal situación, existe la imperiosa necesidad de abordar en forma integral dicho fenómeno, a través de la suma de esfuerzos de todos y cada uno de los ciudadanos e Instituciones u Organismos no Gubernamentales, independientemente de su orden político o social, involucrados directa o indirectamente con la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Conociendo los cambios en los patrones de consumo antes mencionados y proporcionados por los resultados del SISVEA, tendremos un diagnóstico situacional, lo que nos facilitará la formulación de políticas y la toma de decisiones con fundamentos sólidos en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

El Secretariado Técnico del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, tiene la coordinación de este Programa, para dar cumplimiento a los objetivos y consolidarlo como un Sistema de concentración de información, logrando que los resultados sean actualizados, oportunos y sobre todo confiables, cuya información tenga representatividad local, regional y estatal para continuar aportando elementos que determinen la planeación de programas y estrategias de intervención en nuestro Estado.

Los datos que se presentan en este documento son obtenidos de la población cautiva que tiene el problema de dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas y que por tal motivo acude a Centros de Tratamiento para su atención, bajo esta condición la información que ofrece este documento debe ser tomada como tal con la aclaración que no representa a la población en general del Estado de Jalisco.

MÉTODO

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), es un Programa que se lleva a cabo en todo el país, Sistema aplicable en grandes ciudades consideradas como “**Ciudades SISVEA**”. Jalisco es el único Estado de la República que no se limita solamente a la ciudad de Guadalajara, sino que se estudian las Regiones de la entidad, lo que dará a conocer un panorama epidemiológico estatal de la dimensión del problema.

Las Regiones son estudiadas a través de los Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones, dependientes del **Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud en el Estado de Jalisco**.

El SISVEA cuenta con cinco indicadores que buscan información de tipo sociodemográfica como son: el patrón de consumo, sustancia y edades de inicio y la morbimortalidad relacionada con las sustancias de abuso. Las cédulas se aplican por personal capacitado, exclusivamente en Centros de Tratamiento para enfermos de Alcoholismo, Tabaquismo y Farmacodependencia, en el Centro de Observación de Menores Infractores, Hospitales Psiquiátricos, Servicio Médico Forense y para el indicador "Puesto Centinela de Urgencias" se aplican en Hospitales que cuenten con servicios de urgencias médico-quirúrgicas, para cada uno de ellos existe una cédula específica.

Los **indicadores** son los siguientes:

- **Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas.**
- **Servicio Médico Forense.**
- **Centro de Observación de Menores Infractores.**
- **Puesto Centinela de Urgencias.**
- **Niños de la Calle.**

ESTRATEGIAS UTILIZADAS.

Para los indicadores de Alcohol, Drogas, Tabaco y Salud Mental.

Se capta a la población que acude a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación no sólo de la Zona Metropolitana de Guadalajara, sino de cada una de las Regiones del Estado de Jalisco, por consumo de sustancias adictivas, permitiendo así conocer el perfil de los usuarios de drogas como: edades, sexo, nivel de instrucción educativa, estado civil, situación laboral, la forma en que acuden a solicitar el apoyo, su patrón de consumo, tipo o tipos de drogas, frecuencia de uso, vías de administración, edades de inicio, droga de mayor impacto y si han usado alguna droga intravenosa así como la historia de consumo.

La información se recaba en forma mensual a través de visitas y asesorías permanentes para el adecuado llenado de las Cédulas de Drogas, la cédula es llenada por personal previamente capacitado de cada uno de los Centros de Tratamiento que participan.

Para el Indicador Puesto Centinela de Urgencias.

Se realiza una vez por semestre, llevándose a cabo en una semana denominada “Puesto Centinela de Urgencias” donde no se cruce con algún día festivo o días considerados como vacaciones, captándose a todos los pacientes de cinco años y mayores que demanden el servicio de Urgencias Médicas independientemente del motivo de consulta, permitiéndonos así conocer la morbimortalidad relacionada con el consumo de sustancias adictivas y de lesiones de causa externa, patologías agregadas y asociadas al uso y abuso de estas sustancias, las cuales son captadas en los Centros de Urgencias Médicas de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Para el indicador Forense.

Se refiere en particular a quienes estaban bajo los efectos de alguna sustancia cuando perdieron la vida, pero también a aquellos que en el momento del fallecimiento no estaban intoxicados, aunque acostumbraban el consumo de alguna sustancia adictiva. Los datos a recabar son las características sociodemográficas del cadáver como edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil; condiciones del fallecimiento como: día de la semana en que falleció; lugar donde ocurrió la muerte, causa del fallecimiento y si fue producto de accidente, homicidio, suicidio, muerte no violenta y si el cadáver tenía alguna sustancia considerada como droga en sangre.

Esta información es obtenida del libro de registros de autopsias del Servicio Médico Forense, registros de Trabajo Social, así como del laboratorio donde se detecta algún tipo de droga por el Instituto de Ciencias Forenses.

El Indicador de Menores Infractores la información se obtiene a través del Centro de Observación de Menores del Estado, ésta nos permite conocer cuántas infracciones fueron relacionadas con el uso o abuso de sustancias adictivas, así como el perfil de los menores infractores.

La información del niño de y en la calle, se toma de dos Instituciones que brindan atención a este tipo de población, donde también se busca información sobre el perfil del niño que vive en la calle, así como los factores que originan esta problemática en este grupo social.

En el **año 2005** contamos con la participación de **61 Instituciones y Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones**, que participan con información y nutren este Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, los cuales se enlistan a continuación.

INSTITUCIONES Y ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES QUE PARTICIPAN EN EL SISVEA

1. Albergue Antialcohólico los Reyes.
2. Programa de Atención a Preliberados.
3. Clínica para dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil, A. C.
4. Instituto Jalisciense de Salud Mental de Estancia Breve de la Secretaría de Salud.
5. Instituto Jalisciense de Salud Mental de Estancia Prolongada de la Secretaría de Salud.
6. Alcance Victoria, A. C.
7. Campo Renacimiento.
8. Centro de Salud N° 4 de la Secretaría de Salud.
9. Centro de Recuperación las Hojas.
10. Centro de Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción.
11. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud Echeverría.
12. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud No 3.
13. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud Lázaro Cárdenas.
14. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud Churubusco.
15. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud San Andrés II.
16. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud Zapopan Norte.
17. Instituto de Formación Integral Barrios Unidos, A. C.
18. Ángeluz Vive, A. C.
19. Neovida, A. C.
20. Regreso a la Vida, A. C.
21. Centro de Desarrollo para Jóvenes Señor de la Misericordia de Tepatitlán, A. C.
22. Unidad de Internamiento de Centros de Integración Juvenil, A. C.
23. Esperanza de Vivir.
24. Grupo Providencia de Drogadictos Anónimos.
25. Hacienda del Lago.
26. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Ameca.
27. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Autlán de Navarro.
28. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Zapotlán el Grande.
29. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de la Barca.
30. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Lagos de Moreno.
31. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Puerto Vallarta.

32. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Tepatitlán.
33. Servicios Médicos Municipales de Tlajomulco de Zúñiga.
34. Cruz Roja Mexicana Delegación Guadalajara.
35. Servicios Médicos Municipales Leonardo Oliva.
36. Servicios Médicos Municipales Ruiz Sánchez.
37. Servicios Médicos Municipales Rivas Souza.
38. Servicios Médicos Municipales Delgadillo Araujo.
39. Servicios Médicos Municipales de Tonalá.
40. Servicios Médicos Municipales de Tlaquepaque.
41. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Norte.
42. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Sur.
43. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Villas de Guadalupe.
44. Cruz Roja Mexicana Delegación Puerto Vallarta.
45. Hospital Civil de Guadalajara.
46. Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.
47. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Juchitlán.
48. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Colotlán.
49. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Tamazula de Gordiano.
50. Albergue las Palmas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Guadalajara.
51. Servicios de Salud de Zapopan, Unidad Federalismo.
52. Centro de Observación de Menores Infractores.
53. Servicio Médico Forense.
54. Centro de Tratamiento Minnesota.
55. Instituto de Ciencias Forenses.
56. Cruz Verde Unidad Reforma.
57. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Villas de Guadalupe.
58. Grupo Mairós Don Bosco
59. Sendero, A.C.
60. Servicios de Salud del Salto Jalisco Unidad San José del 15.
61. Servicios de Salud del Salto Jalisco. Unidad Centro.

El proceso de la información se captura y analiza utilizando el Sistema Epi-info-6 con el programa Epiadicciones-6, el cual nos permite hacer el cruce de una o más variables.

INDICADORES



RESULTADOS SISVEA 2005



CONSUMO DE DROGAS

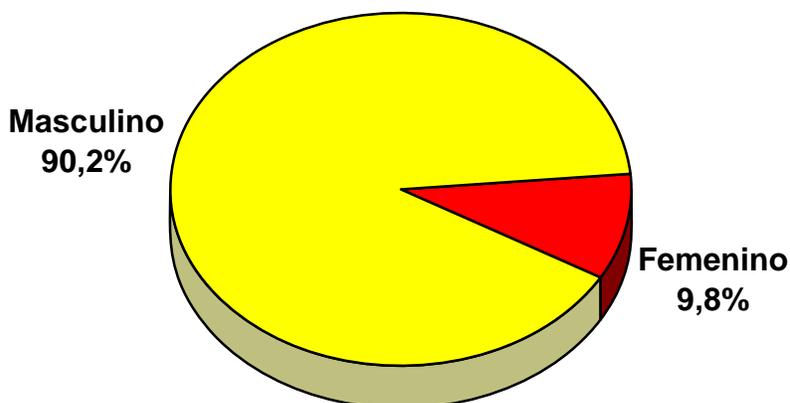
PACIENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE DROGAS

En este indicador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones se registraron 3,086 casos, los cuales fueron atendidos por las Instituciones y Organismos no Gubernamentales que participan en este Sistema y que se encuentran ubicados, durante el período comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2005, en quienes describiremos inicialmente las características sociodemográficas:

En cuanto a la distribución por género de la población que acudió demandando los servicios de estas Unidades prevalece con el 90.2% el sexo masculino y el 9.8% son pacientes del sexo femenino. **(Gráfico 1)**

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

N=3,086

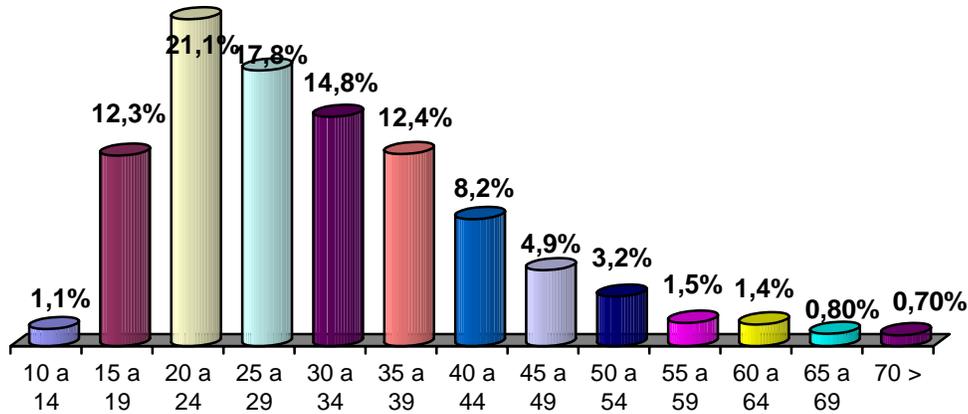


Fuente: SISVEA 2005

Con relación a la **edad de afluencia** de las personas que acuden a recibir tratamiento, observamos que el 1.1% acude cuando su edad es menor de 14 años; el grupo de mayor afluencia a los establecimientos para tratamiento de las adicciones se encuentra entre los 20 a 24 años con el 21.1%; seguido por el grupo de 20 a 29 con un 17.8%; para los de 25 a 29 corresponde el 17.8% y un 14.8% para los 30 a 34 años. **(Gráfico N° 2)**

GRÁFICO 2: EDAD DE AFLUENCIA A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS

N= 3,086

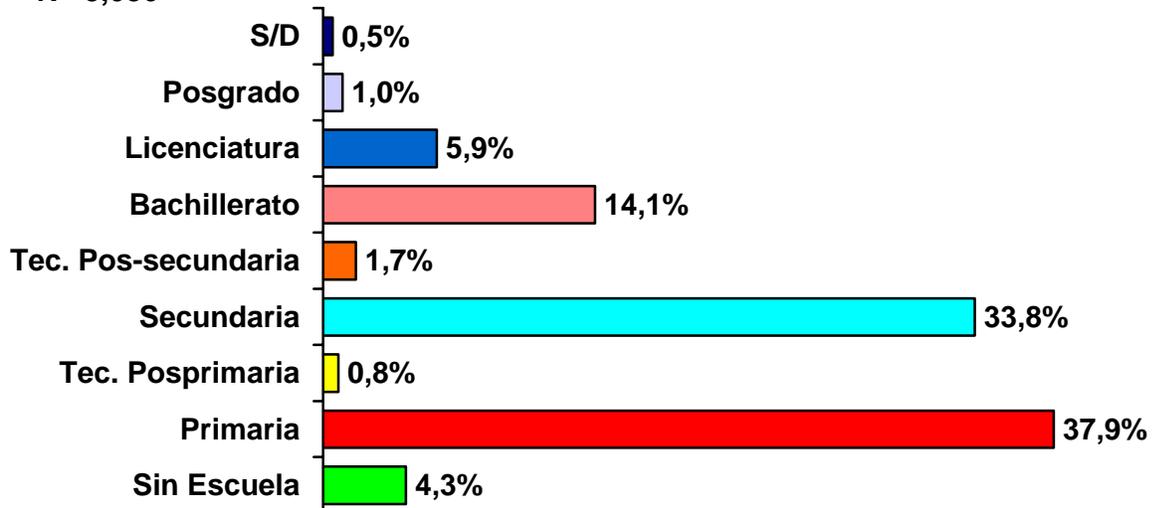


Fuente. SISVEA 2005

En cuanto al **nivel de instrucción escolar** de los pacientes atendidos, la mayoría de los sujetos con el 37.9% refiere haber cursado la educación primaria; el 33.8% cursó la secundaria; el 14.1% el bachillerato; el 5.9% tiene el nivel de licenciatura; el 1% tiene un postgrado y el 4.3% no asistió a la escuela. **(Gráfico N° 3)**

GRÁFICO 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR

N= 3,086



Fuente: SISVEA 2005

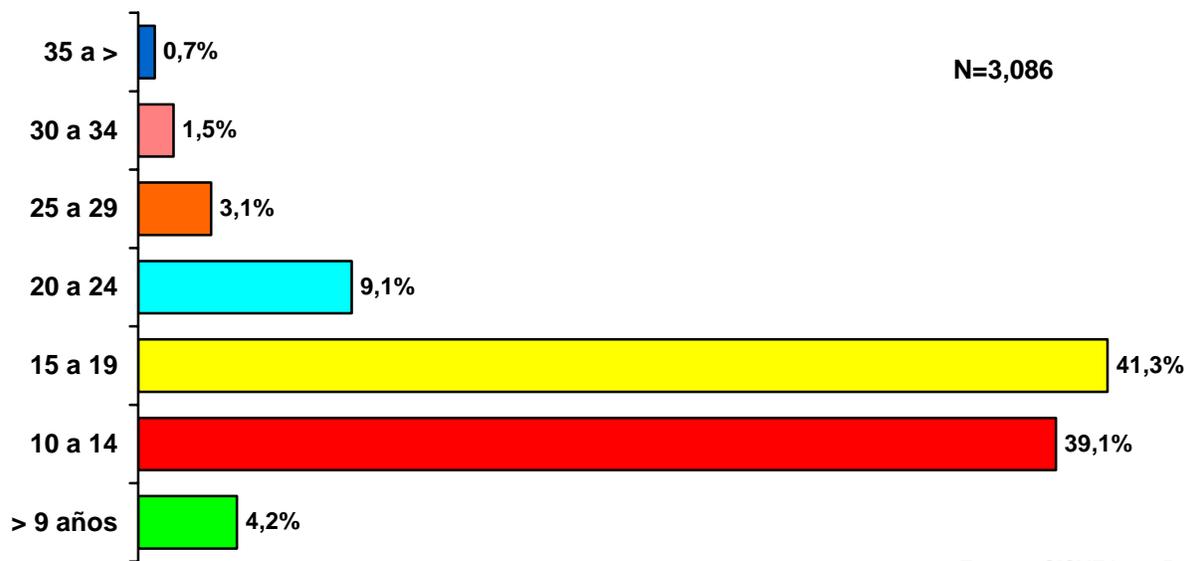
En lo que se refiere al **estado civil de los pacientes**, observamos que el 44.6% son solteros; el 31.1% se encuentran casados; el 13% están en unión libre; un 6.3% son separados; el 3.5% está divorciado y viudos el 1.3%.

En lo relativo a la **forma en que acuden a solicitar tratamiento** el 55% lo hace en forma voluntaria; el 23.2% por indicación legal; el 20.2% por la invitación de algún amigo o familiar y sólo el 0.8% por indicación médica.

En lo que refiere a la **actividad laboral** que desarrollan los pacientes el 37.8% refiere tener un trabajo fijo; el 19.5% se reporta como desocupado; el 13.4% desempleado; estudiantes con un 4.8%; el 20.7% realiza algún trabajo ocasionalmente; el 3.1% son amas de casa y 0.3% son jubilados. Llama la atención que la gran mayoría tiene una ocupación informal.

En lo que respecta a **la edad de inicio o de primer contacto con sustancias adictivas**, el grupo de mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas se encuentra entre los jóvenes de 10 a 14 años de edad con el 39.1%; seguidos por los de 15 a 19 años con el 41.3%; los de 20 a 24 años con un 9.1% y el 3.1% para las edades de entre 25 y 29 años. Es importante mencionar que para los menores de 9 años representa un 4.1%. **(Gráfico N° 4)**

GRÁFICO 4: EDAD DE INICIO PARA EL CONSUMO DE DROGAS



Al comentar sobre **las sustancias adictivas de primer contacto**, se refiere que el 40.6% inició con el alcohol; con marihuana el 19.1%; con cocaína el 10.2%; con tabaco el 18% y los inhalables con el 4.9%; con proporciones menores al 2% se encuentran los tranquilizantes, la pasta base, el cristal, el crack y las anfetaminas. **(Ver Cuadro 1)**

Cuadro 1: DROGAS DE INICIO		
Tipo de Droga	Número	Porcentaje
Alcohol	1254	40.6
Marihuana	590	19.1
Inhalables	150	4.9
Alucinógenos	4	0.1
Heroína	6	0.2
Opio/morfina	3	0.1
Cocaína	315	10.2
Tranquilizantes	50	1.6
Anfetaminas	2	0.1
Tabaco	557	18
Basuco	38	1.2
Cristal	49	1.6
Crack	68	2.2
Éxtasis	50	1.6
Total	3086	100

Dentro de lo que se refiere al **patrón de consumo** del uso y abuso de sustancias adictivas observamos que el 58.6% las consume diariamente en más de tres ocasiones por día; el 2% las consume una vez por semana; el 2.7% es usuario de 2 a 3 veces por día y el 2.9% ingiere las sustancias entre 1 a 3 veces por mes. **(Cuadro N° 2)**

Cuadro 2: PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS		
Patrón de consumo	Número	Porcentaje
Diario > 3 veces por día.	1808	58.6
Diario de 2 a 3 veces por día.	82	2.7
Diario 1 vez por día.	62	2.0
De 2 a 3 veces por semana.	368	11.9
Una vez por semana.	4.39	14.2
De 1 a 3 veces por mes.	88	2.9
1 vez por mes.	143	4.6
De 1 a 11 veces por año.	96	3.1
Total	3086	100

Respecto a las **drogas que provocan mayor impacto**, los sujetos refirieron que en primer lugar se encuentra el alcohol con un 26% de los casos, seguida por la cocaína con 737 casos representando el 23.9%; la marihuana fue referida en 344 sujetos con un 11.1%; para el crack 10.4% con 320 casos; el 7.5% mencionó al cristal que le corresponde a 230 y para el tabaco con 227 personas (7.4%), la menor proporción se encontró con el 0.1% para el opio, morfina y anfetaminas. **(Cuadro N° 3)**

Cuadro 3: DROGAS DE MAYOR IMPACTO		
Tipo de Droga	Número	Porcentaje
Alcohol	804	26.1
Marihuana	344	11.1
Inhalantes	114	3.7
Alucinógenos	15	1.5
Heroína	31	1.0
Opio / Morfina	4	0.1
Cocaína	737	23.9
Tranquilizantes	86	2.8
Anfetaminas	2	0.1
Tabaco	227	7.4
Basuco	172	5.6
Cristal	230	7.5
Crack	320	10.4
Éxtasis	230	7.5
Total	1,254	100

CONCLUSIONES

- El sexo masculino es el que con mayor frecuencia acude a solicitar tratamiento para el problema de consumo de sustancias adictivas.
- Los jóvenes son los que acuden en un mayor número a las Instituciones y Organismos No Gubernamentales a solicitar tratamiento y se encuentran entre los 20 a 24 años y de 25 a 29 años.
- El nivel de escolaridad que predomina es bajo, ya que el 33.9% cursó la secundaria; el 38.1% la primaria y el 4.3% manifiesta no contar con instrucción educativa.
- Más de la mitad de los consumidores reportaron que la frecuencia actual de consumo de drogas es de más de 3 veces al día con el 58.6%.
- El riesgo para iniciar el consumo de drogas se encuentra en los adolescentes y jóvenes, ya que se observó que en los grupos de los 10 a 14 años y entre los 15 a 19 años se registró el 39.1% y 41.3% respectivamente, en ambos grupos suman el 80.4%.
- Cabe intensificar las acciones preventivas en los grupos vulnerables, tomando en cuenta a aquellos niños menores de 9 años, puesto que el 4.2% de los pacientes estudiados inició en este rango de edad.
- Las sustancias adictivas de primer contacto es el alcohol con el 40.6%, marihuana con el 19.1 y el tabaco con el 18%.
- El alcohol, la cocaína y marihuana son las drogas que causan mayor impacto, de acuerdo a lo reportado por los pacientes que fueron atendidos.



CONSUMO DE DROGAS POR REGIÓN

PACIENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE DROGAS POR REGIONES DEL ESTADO DE JALISCO

Se analizan los pacientes que fueron atendidos en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, a través de los **Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud Jalisco**, así como los **Organismos No Gubernamentales que participan en el SISVEA**.

Los datos plasmados en este documento, representan a la población que acudió a solicitar tratamiento para dejar de consumir sustancias adictivas en los Módulos ubicados en las Regiones Sanitarias de: I Colotlán, II Lagos de Moreno, III Tepatitlán, IV La Barca, V Tamazula de Gordiano, VI Zapotlán el Grande, VII Autlán de Navarro y Juchitlán, IX Ameca; X Hidalgo Zapopan, XI Libertad Tonalá, XII Reforma Tlaquepaque y XIII Juárez Tlajomulco, las últimas 4 Regiones cubren la Zona Metropolitana de Guadalajara.

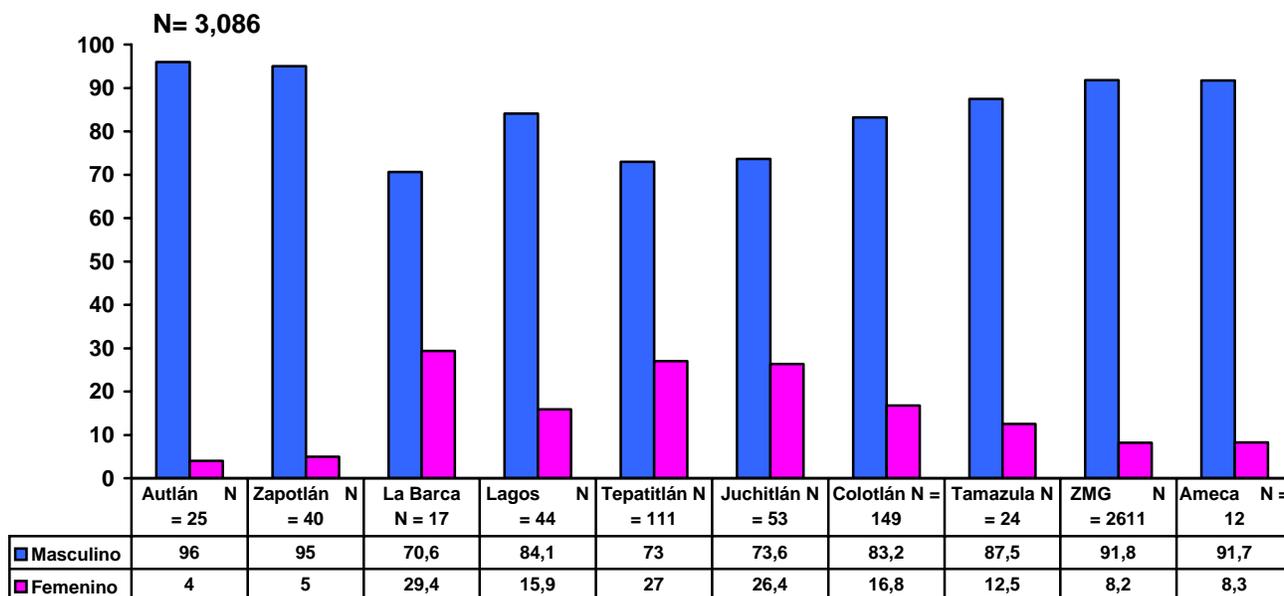
Cabe hacer mención que por el momento no contamos con información de la ciudad de Puerto Vallarta.

Para facilitar la interpretación de los resultados de cada una de las Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud, se mencionará el lugar sede del Módulo Comunitario de Salud Mental al Municipio donde se encuentra ubicado y para el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara, se tomarán las 4 Regiones Sanitarias que la conforman como se describe a continuación en el **cuadro No 4**.

Cuadro 4: REGIONES SANITARIAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD JALISCO	
Región Sanitaria	Sede.
I Colotlán.	Colotlán.
II Lagos de Moreno.	Lagos de Moreno.
III Tepatitlán.	Tepatitlán de Morelos.
IV La Barca.	La Barca.
V Tamazula.	Tamazula de Gordiano.
VI Zapotlán el Grande.	Zapotlán el Grande.
VII Autlán de Navarro.	Autlán y Juchitlán.
VIII Puerto Vallarta.	Puerto Vallarta.
IX Ameca.	Ameca.
X Hidalgo - Zapopan. XI Libertad - Tonalá. XII Reforma - Tlaquepaque. XIII Juárez - Tlajomulco.	Zona Metropolitana de Guadalajara.

Con relación a la **distribución por sexo**, en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, se observa predominio en el sexo masculino en prácticamente todas ellas; es de hacer notar que en La Barca, Tepatitlán y Juchitlán los pacientes atendidos más del 25% son mujeres. (Ver Gráfico N° 5)

GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES TRATADOS POR FARMACODEPENDENCIA POR REGIÓN SANITARIA



Con relación a la **edad de afluencia a las Unidades de Tratamiento para el problema de farmacodependencia**, se manifestó una tendencia continua sobre las edades en que prolifera el uso y abuso de drogas, indicando que es en mayor medida en el sector joven y adulto joven de la población, como se puede observar en el cuadro número 1, donde se encontró que los grupos de edad de entre los 15 y 29 años de edad, puesto que en la Zona Metropolitana de Guadalajara se presentó entre los 20 a 24 años de edad con el 21.8%; en Autlán con el 28%; en Zapotlán alcanzó el 30%; la Barca el 29.5%; Tepatitlán con el 20.7%; entre el grupo de 25 a 29 años se encontró en las Regiones de Ameca con el 33.3%; Tamazula con el 29.4%; en Lagos de Moreno se registró en un grupo de edad más joven puesto que el 40.9% se oscila entre los 15 a 19 años. (Ver cuadro N° 5)

Cuadro 5: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA.

Grupo de edad	ZMG N=2611	Autlán N = 25	Zapotlán N = 40	La Barca N = 17	Lagos N = 44	Tepatitlán N = 111	Juchitlán N = 53	Colotlán N =149	Tamazula N = 24	Ameca N = 12
< 14	0.7	4	-	5.9	-	1.8	1.9	6	4.2	-
15 - 19	11.9	13	17.5	11.8	40.9	14.4	-	12.1	16.6	8.3
20 - 24	21.8	28	30	29.5	18.2	20.7	5.7	12.1	12.6	8.3
25 - 29	18.2	16	15	11.8	13.6	20.7	3.8	11.4	29.4	33.3
30 - 34	15.1	4	17.5	11.8	9.1	14.4	30.2	8.1	4.2	8.3
35 - 39	12.6	16	10	17.7	4.5	13.5	18.9	6	8.3	33.3
40 - 44	8.2	8	2.5	-	9.1	5.4	18.9	7.4	8.3	-
45 - 49	4.6	4	-	5.9	2.3	4.5	1.9	12.1	4.2	8.3
50 - 54	2.8	8	-	5.9	-	1.8	11.4	7.4	-	-
55 - 59	1.3	-	5	-	2.3	0.9	-	3.4	4.2	-
60 - 64	1.3	-	-	-	-	1.8	1.9	2.7	-	-
65 - >	0.8	-	2.5	-	-	-	3.8	11.4	8.3	-

De las **formas en que acuden los pacientes a solicitar el tratamiento** a los diferentes establecimientos, la más efectiva es cuando acuden voluntariamente, el mayor índice se observó en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Ameca, Zapotlán el Grande, Tepatitlán, Juchitlán, Tamazula y Colotlán; mientras que por la invitación de amigos y familiares, se presentó con mayor frecuencia en La Barca; para el caso de los que acudieron por indicación legal fue en Autlán y Lagos de Moreno. **(Ver cuadro N° 6).**

Cuadro 6: FORMA EN QUE ACUDEN A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA.

Forma en que acude	ZMG N=2611	Ameca N= 12	Autlán N = 25	Zapotlán N = 40	La Barca N = 17	Lagos N = 44	Tepatitlán N = 111	Juchitlán N = 53	Colotlán N = 149	Tamazula N = 24
Voluntaria	53.2	50	40	60	17.6	27.7	78.4	90.6	86.6	62.5
Amigo/ familia	21	33.3	16	17.5	52.9	13.6	18	7.9	8.7	29.2
Médica	0.6	-	-	-	11.8	-	1.8	-	2.7	4.2
Legal	25.3	8.3	44	20	17.6	63.6	1.8	1.9	0.7	4.2
Otras.	0.8	8.3	-	2.5	-	-	-	-	1.3	-

En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de sustancias adictivas, como es de suponer, existen semejanzas y diferencias en cada área geográfica del Estado. Vale la pena destacar que en la mayoría de las Regiones Sanitarias, la edad de inicio más frecuente se encuentra entre el grupo de los 10 a 14 años en las siguientes Regiones: Zona Metropolitana de Guadalajara con el 39.1%; La Barca con el 47.1%; en Tepatitlán con 45.1%; un 35.8% en Juchitlán y el 40.9% en Colotlán; entre los 15 a 19 años se encontró en Ameca con el 66.7%; en Autlán con el 72%; Zapotlán con el 50%; Lagos de Moreno con el 50% y Tamazula con el 58.4%; casos de menores de 9 años se encontraron en la Zona Metropolitana de Guadalajara con el 4.4%; en Lagos de Moreno con un 2.3%; en Tepatitlán con el 7.2%; Juchitlán en el 1.9% de sus casos, Colotlán y Tamazula con el 3.4% y 4.2% respectivamente. **(Ver cuadro N° 7).**

**Cuadro 7: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS
SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA**

Grupo de edad	ZMG N=2611	Autlán N = 25	Zapotlán N = 40	La Barca N = 17	Lagos N = 44	Tepatitlán N = 111	Juchitlán N = 53	Colotlán N = 149	Tamazula N = 24	Ameca N = 12
5 -9	4.4	-	-	-	2.3	7.2	1.9	3.4	4.2	-
10 -14	39.1	24	40	47.1	38.6	45.1	35.8	40.9	29.1	-
15 - 19	41	72	50	29.4	50	37.8	30.8	40.3	58.4	66.7
20 - 24	9.2	4	7.5	17.7	4.6	6.1	18.9	8.1	4.2	8.3
25 - 29	3.2	-	-	-	2.3	2.7	9.4	1.3	4.2	16.7
30 - 34	1.5	-	-	5.9	-	0.9	3.8	2.7	-	-
35 - 39	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 44	0.6	-	-	-	2.3	-	-	1.4	-	-
45 - 49	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	8.3
50 - 54	-	-	2.5	-	-	-	-	0.7	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-	-	0.7	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 >	-	-	-	-	-	-	-	0.7	-	-

De las **drogas que se registraron como sustancias de inicio** encontramos en primer lugar las drogas legales como lo son el alcohol en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Ameca, Zapotlán, La Barca, Tepatitlán y Colotlán; el tabaco en Autlán, Zapotlán, La Barca, Lagos de Moreno, Tepatitlán, Juchitlán y Tamazula; de las drogas ilegales de inicio en Zona Metropolitana de Guadalajara se encontró la marihuana y cocaína, así como en Ameca, Zapotlán, Lagos de Moreno, Tepatitlán, Colotlán y Tamazula; se encontró en la Barca a la cocaína e inhalantes, el éxtasis se registró en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Zapotlán, La Barca, Tepatitlán y Tamazula. **(Ver cuadro N° 8).**

Cuadro 8: DROGAS DE INICIO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA

Tipo de droga	ZMG N=2611	Autlán N = 25	Zapotlán N = 40	La Barca N = 17	Lagos N = 44	Tepatitlán N = 111	Juchitlán N = 53	Colotlán N = 149	Ameca N = 12	Tamazula N = 24
Alcohol	39.8	44	55	35.3	29.5	46.8	43.4	50.3	66.7	20.8
Marihuana	20.6	8	10	5.9	25	9.9	9.4	8.1	8.3	25
Inhalantes	5.4	-	2.5	11.8	6.8	1.8	1.9	0.7	-	-
Alucinógenos	0.1	-	-	-	-	-	-	1.4	-	-
Heroína	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opio / morfina	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cocaína	11.4	-	7.5	11.8	4.5	0.9	-	4.7	16.7	4.2
Tranquilizantes	1.9	-	-	-	-	-	-	-	8.3	-
Anfetaminas	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaco	15	48	22.5	23.5	34.1	39.6	44.4	34.9	-	29.2
Basuco / pasta base	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éxtasis	1.6	-	2.5	11.8	-	-	-	-	-	20.8
Crack	2.5	-	-	-	-	0.9	1.9	-	-	-

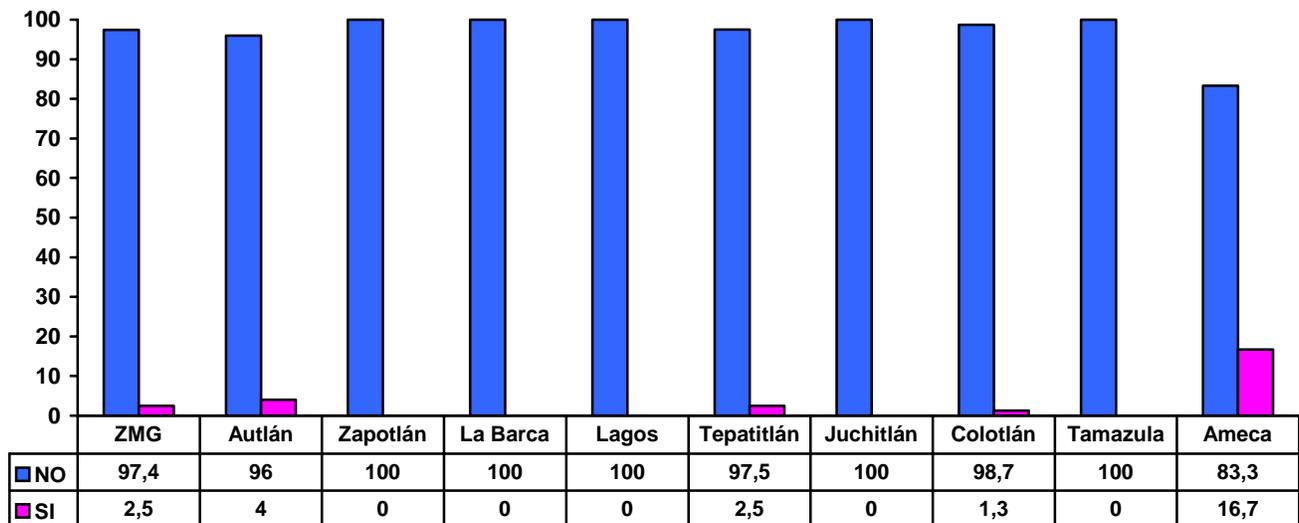
De las **drogas que causan mayor impacto** se captó al alcohol en las siguientes Regiones: en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Ameca, Zapotlán, Tepatitlán y Colotlán; el tabaco en las Regiones siguientes: Colotlán, Juchitlán, Lagos de Moreno, La Barca y Zapotlán. Las drogas ilegales que causaron mayor impacto son la marihuana y cocaína en prácticamente todas las regiones; el éxtasis aparece como droga de impacto en Autlán con el 36%; Tamazula con el 33.3% y en La Barca con el 23.5%. **(Ver cuadro N° 9)**

Cuadro 9: DROGAS DE IMPACTO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA										
Tipo de droga	ZMG N=2611	Autlán N = 25	Zapotlán N = 40	La Barca N = 17	Lagos N = 44	Tepatitlán N = 111	Juchitlán N = 53	Colotlán N = 149	Ameca N = 12	Tamazula N = 24
Alcohol	24.5	24	32.5	23.5	18.2	32.4	35.8	44.3	50	20.8
Marihuana	11.5	16	12.5	11.8	31.8	10.8	1.9	2.7	8.3	8.3
Inhalantes	4.1	-	2.5	5.9	15.9	1.8	1.9	0.7	-	8.3
Alucinógenos	0.4	-	12.5	-	-	-	-	2.7	-	-
Heroína	1.1	-	17.5	-	-	0.9	-	0.7	-	-
Opio/derivados	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cocaína	25.6	12	12.5	11.8	-	18	15.1	10.7	33.3	16.7
Tranquilizantes	3.2	4	-	-	-	1.8	-	-	-	-
Anfetaminas	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaco	4.1	4	17.5	17.6	27.3	16.2	41.5	35.6	-	12.5
Basuco / pasta base	6.5	-	-	5.9	-	-	-	-	-	-
Éxtasis	7	36	10	23.5	6.8	13.5	1.9	2	8.3	33.3
Crack	11.8	4	12.5	-	-	4.5	1.9	0.7	-	-

Un problema agregado al uso y abuso de sustancias que causan adicción, es la búsqueda de experiencias nuevas y la utilización de sustancias por vía intravenosa, situación que incrementa las conductas de riesgo tanto para la adquisición de enfermedades de transmisión sanguínea como sexual.

En las Regiones que se consumen drogas por vía intravenosa, se reportaron casos atendidos en la Zona Metropolitana de Guadalajara, en Autlán, Tepatitlán, Colotlán y el mayor índice de uso de drogas por esta vía se registró en Ameca. **(Ver Gráfico N° 6)**

GRÁFICO 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS DE DROGAS VÍA INTRAVENOSA POR REGIÓN SANITARIA



Fuente: SISVEA 2005

CONCLUSIONES

1. El sexo más afectado en lo que se refiere al consumo de drogas en todas las Regiones Sanitarias es el masculino, con una relación hombre/mujer de 9/1.
2. La edad de afluencia a los Centros de Tratamiento se encontró en un mayor porcentaje a los jóvenes entre los 15 a 29 años.
3. La edad de atención fue mayor en los pacientes que contaban entre los 20 a 24 años, seguido por los de 15 a 19 años de edad.
4. Sólo en Ameca, Zapotlán y Lagos de Moreno no se registraron casos de menores de 14 años.
5. Es necesario que el área médica realice diagnósticos y derivaciones oportunas a los diferentes establecimientos que ofrecen estos servicios, ya que el índice de pacientes referidos a la atención es considerado bajo.
6. Los grupos de edad más vulnerables para iniciarse al consumo de drogas es el de 10 a 14 años y 15 a 19, los encontramos en todas las Regiones estudiadas.
7. Las sustancias de preferencia para iniciarse en el consumo de drogas legales como son el alcohol y el tabaco.
8. Las drogas ilegales de inicio son la marihuana y cocaína, encontrando al éxtasis con porcentajes considerables en Tamazula y La Barca.
9. Las drogas que causan mayor impacto son la cocaína, el alcohol y marihuana; registrando al éxtasis en La Barca, Tamazula y Tepatitlán.
10. El uso de drogas vía intravenosa mostró un porcentaje mayor en Ameca con el 16.7%, seguido por Tepatitlán y Guadalajara 2.5% para cada una y 1.3% en Colotlán.



HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS

LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS

Con los resultados obtenidos de los pacientes que acudieron a los Centros de Tratamiento que colaboran con el SISVEA, para su tratamiento y rehabilitación, los cuales fueron captados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco durante el año 2005, es posible analizar la historia de consumo de una segunda y tercer droga, de acuerdo a la primera sustancia adictiva con la cual el paciente estuvo en contacto. Lo que refleja que una persona que se inicia en el consumo de drogas tiene muchas probabilidades de incrementar el consumo de ésta y otras drogas, a esta secuencia de uso le hemos llamado la historia natural del consumo de drogas.

HISTORIA NATURAL DE CONSUMO DE ALCOHOL

En la figura número 1, se puede observar que 1,254 pacientes refirieron haber **iniciado con bebidas alcohólicas**, sólo 443 sujetos refirieron ser monousuarios de alcohol lo que corresponde el 35.3% y 811 pacientes que representan **el 64.7% consumen una segunda droga**, encontrando en orden de preferencia a la cocaína con el 38.6%; seguida por la marihuana con 30%, el tabaco con 17.8%, los tranquilizantes con un 3.3%; el crack lo usó el 2.7%, el 2.3% usó cristal el 2.2% para inhalantes, el 2% para el basuco, siendo las menos comunes los alucinógenos. De los 252 pacientes usuarios de dos drogas, 456 sujetos que corresponden a **56.2% pasaron a consumir una tercer droga**, siendo éstas la cocaína con el 31.8%, seguida por la marihuana con 21.7%, el cristal alcanzó un 13.6%, los tranquilizantes y basuco con 7.9% y el 5% respectivamente, los solventes volátiles ó inhalantes fueron consumidos como tercer sustancia en el 4.8% y el 2.2% consumió alucinógenos. En este nivel de consumo aparecen en forma importante las anfetaminas y heroína. (Figura 1)

Droga de Inicio

N = 1254

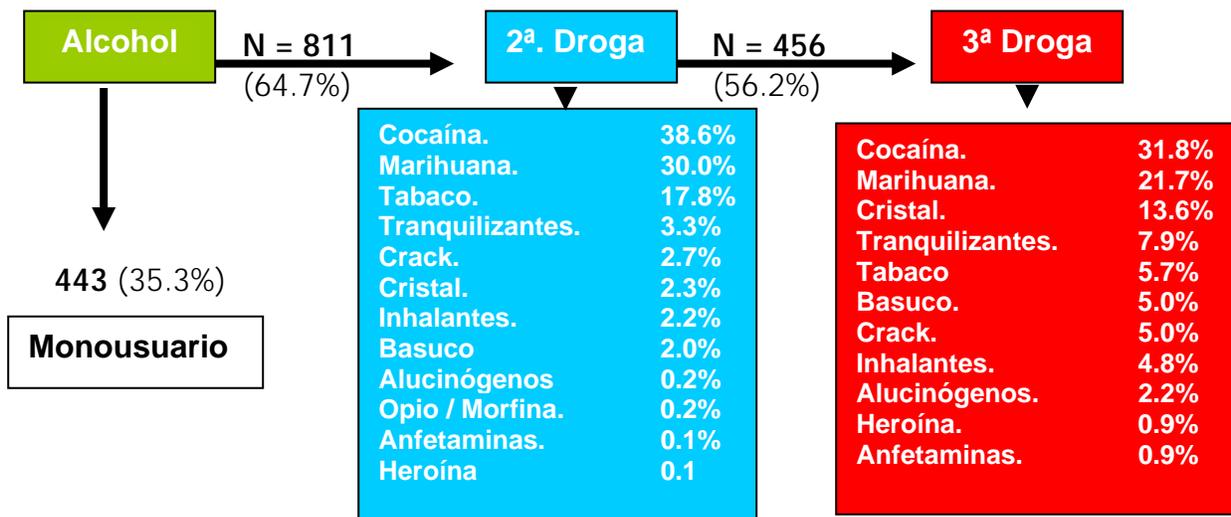


Figura 1. Historia Natural del Consumo del Alcohol

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA

De los pacientes que refirieron que la marihuana fue su primer droga de contacto encontramos a 590 sujetos, de los cuales 530 que representan el 89.9% usan una segunda sustancia, siendo las drogas de mayor consumo la cocaína, el alcohol y los inhalantes con 32.5%, 21.9% y un 14.3% respectivamente, el crack y los tranquilizantes representan el 7.7% y 7.4% respectivamente, el basuco y tabaco el 4.9% y el 4.7% el cristal alcanzó el 4.5% y en menor proporción los alucinógenos y las anfetaminas. 391 sujetos que representan el 73.8% de los pacientes afirmaron consumir una tercer sustancia adictiva, encontrando como principales a la cocaína con 25.6%, alcohol y el crack en un 13.3% y 12% respectivamente, al basuco y el cristal con el 8.7 y 9.5% en forma respectiva, el 7.5% para los inhalantes, el tabaco alcanzó el 6.6%, los alucinógenos el 3.1% y la heroína el 1.8%. (Ver figura N° 2)

Droga de Inicio
N = 590

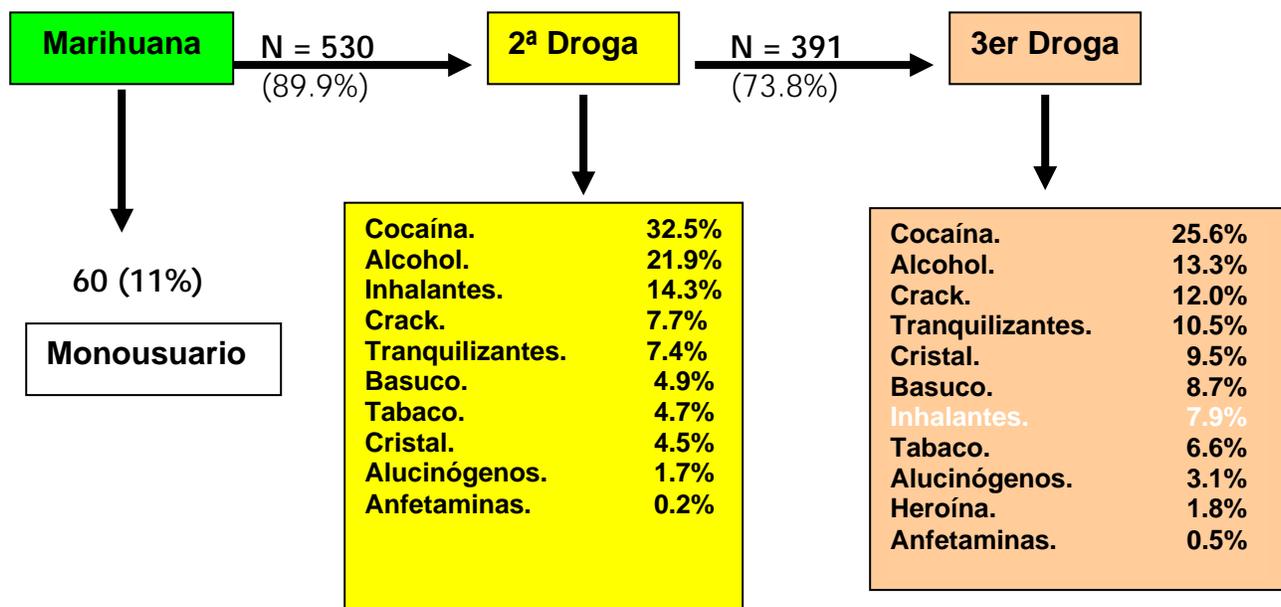


Figura 1: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES

Los pacientes que reportaron como **droga de inicio a los inhalantes** corresponden a 150 sujetos, de los cuales **127 (84.6%)**, aceptaron ser usuarios de una segunda droga, encontrando que el 63.8% de los pacientes consumen marihuana, cocaína el 15.2%, alcohol y tranquilizantes el 6.3% para cada droga, consumen crack el 3.1% y tabaco el 2.4% y con proporción menor al 1% se registró a las anfetaminas, basuco cristal y heroína. 106 casos (**83.5%**) reporta el consumo de una tercer sustancia adictiva y por orden de importancia tenemos a la cocaína con el 30.2%, los tranquilizantes el 15.1%, para el basuco y el alcohol el 12.3 y 11.3% respectivamente el 10.4% utilizó crack, el 9.4% marihuana y para el tabaco y cristal el 8.5% y 2.8% respectivamente. (Ver figura N° 3)

Droga de Inicio
N = 150

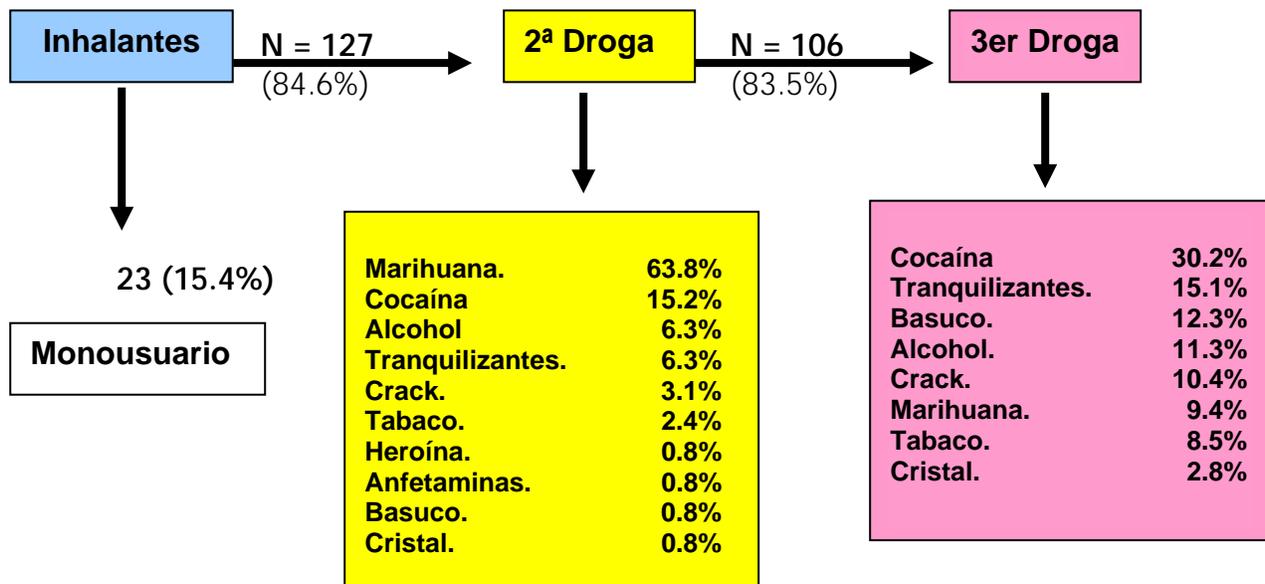


Figura 2: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA

De los pacientes que reportaron iniciar su farmacodependencia con la cocaína registramos a 315 sujetos, de los cuales 223 (70.8%) aceptaron ser usuarios de una **segunda droga**, reportándose como las de mayor uso a la marihuana en 25.1%, el alcohol y crack con el 19.3% para cada una, basuco con el 15.2%, el cristal el 12.1% los tranquilizantes y el tabaco alcanzó el 3.6% y 2.7% respectivamente, la heroína es consumida por el 1.3% de esta población. **El 48.5% de los pacientes pasaron a consumir una tercer droga** registrándose a 108 sujetos, encontrando como tercer droga de preferencia a la marihuana con el 25%, seguida por el alcohol y el crack con el 16.7% y 13% respectivamente, el basuco y cristal con el 11.1% para cada uno, el 9.3% de la población utilizó los inhalantes y el 7.4% los tranquilizantes, la de menor proporción fue la heroína con el 0.9%. (Ver figura N° 4)

Droga de Inicio
N = 315

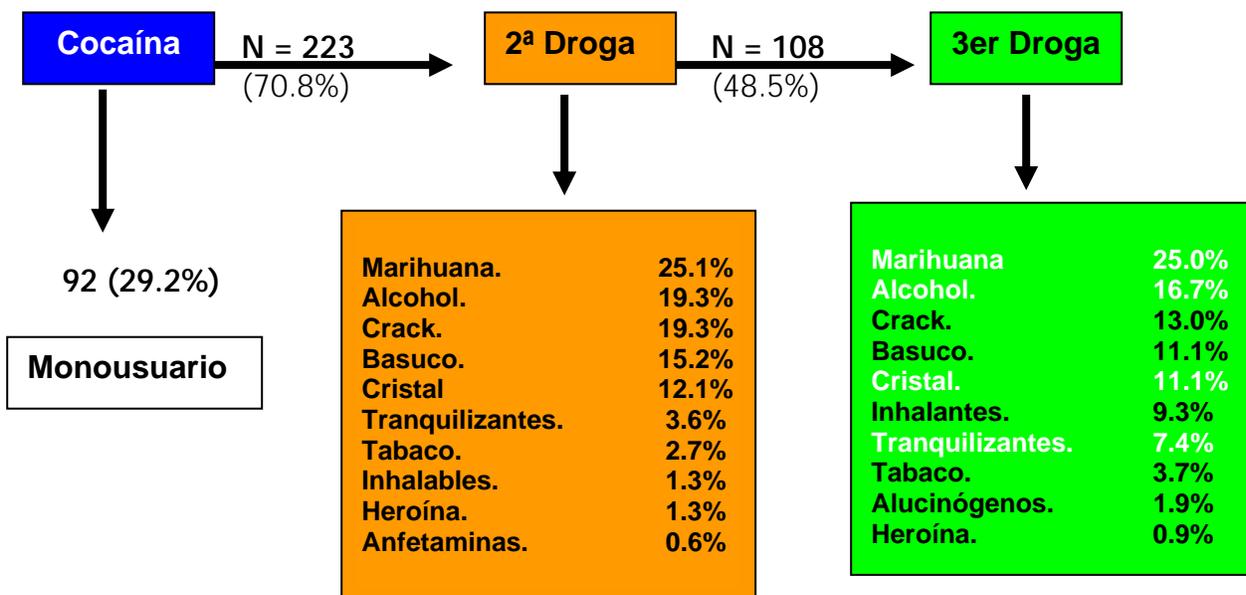


Figura 3: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA

HISTORIA NATURAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

La heroína es una sustancia que por fortuna aún no es muy popular en nuestra población, sin embargo, encontramos registros de 6 sujetos que la utilizaron como droga de inicio, donde tres de ellos, que representa al **50%** utilizó una **segunda droga**, utilizando la marihuana y basuco, en un sólo caso pasó a consumir una tercera droga y utilizó tranquilizantes. (Ver figura N° 5)

Droga de Inicio
N = 6

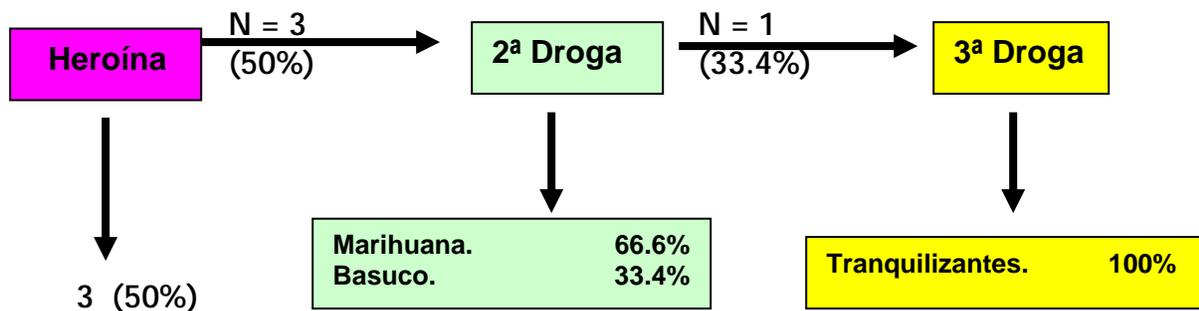


Figura 4: HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE HEROÍNA



URGENCIAS

PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS

El presente indicador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica **busca conocer la morbilidad ocasionada en pacientes que usan y abusan de alguna sustancia adictiva** y que por el consumo tienen la necesidad de solicitar los servicios de una Unidad de Urgencias Médicas.

Se aplica en forma semestral y en un periodo semanal. En el año 2005 este indicador se realizó en 2 ocasiones en la Zona Metropolitana de Guadalajara, se llevó a cabo durante las semanas comprendidas **entre el 27 de junio al 4 de julio y del 13 al 19 de diciembre del mismo año.**

Para acceder a una cobertura en los 6 municipios que conforman la Zona Metropolitana de Guadalajara, en este indicador contamos con la participación de las siguientes Instituciones de Salud:

GUADALAJARA:

- Cruz Roja Mexicana Delegación Guadalajara.
- Servicios de Salud de Guadalajara con las Unidades:
 - Dr. Delgadillo Araujo.
 - Dr. Leonardo Oliva.
 - Dr. Mario Rivas Souza.
 - Dr. Ruiz Sánchez.
 - Dr. Ernesto Arias.

ZAPOPAN:

Servicios de Salud de Zapopan con las Unidades:

- Zapopan Norte.
- Zapopan Sur.
- Federalismo.
- Villas de Guadalupe.

EL SALTO DE JUANACATLÁN.

- Servicios de Salud del Salto con las Unidades.
 - Unidad Médica del Centro.
 - San José del Quince.

TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA

- Servicios Médicos Municipales de Tlajomulco de Zúñiga.

TLAQUEPAQUE

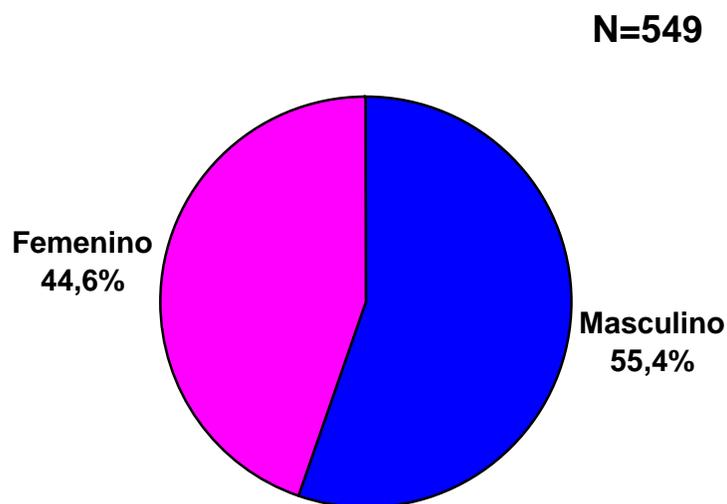
- Servicios Médicos Municipales de Tlaquepaque.

TONALÁ

- Servicios de Salud de Tonalá.
- Se captaron un total de 549 casos, en los cuales describiremos las siguientes características generales:

En relación a la **distribución por género** de la población estudiada, el 55.4% con 304 sujetos pertenecen al sexo masculino y el 44.6% con 245 casos al femenino; el estado civil de los pacientes de mayor predominio es el de solteros con el 44.8%, seguido del 40.8% para los casados, en unión libre se registró el 5.8%, un 4.9% refirieron ser viudos, con el 2.4% están separados y los divorciados con 1.3%. **(Ver Gráfico 7)**.

GRÁFICO 7: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIA MÉDICA

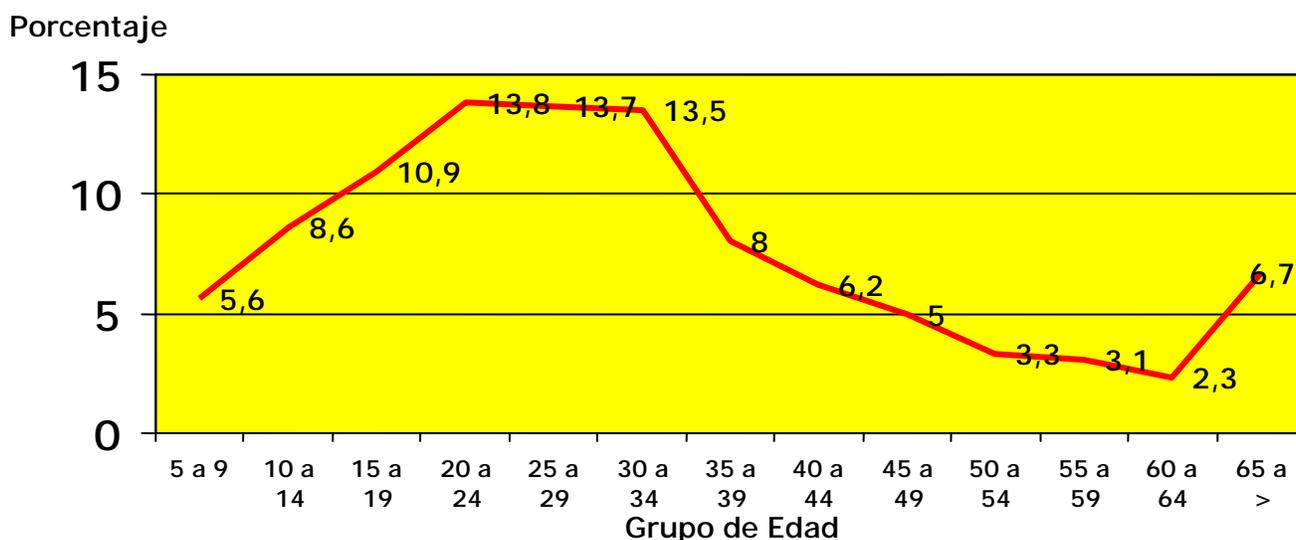


Fuente: SISVEA 2005

En cuanto al número de **ingresos** de los pacientes al servicio de urgencias, el 82.9% refirió haber recibido consulta de primera vez y el 95.8% estaba conciente al momento de su internamiento en la unidad hospitalaria.

Como se observa en el gráfico número 2, los grupos que presentaron mayor morbilidad son los que se encuentran entre los grupos entre los 20 a 34 años, 25 a 29 y 30 a 34 años sin diferencia significativa, puesto que se obtuvieron porcentajes similares oscilando entre el 13.8% a 13.5%, es notorio que conforme la edad avanza, es menor el número de pacientes que demandan los servicios de urgencias. **(Ver gráfico Nº 8).**

GRÁFICO 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD

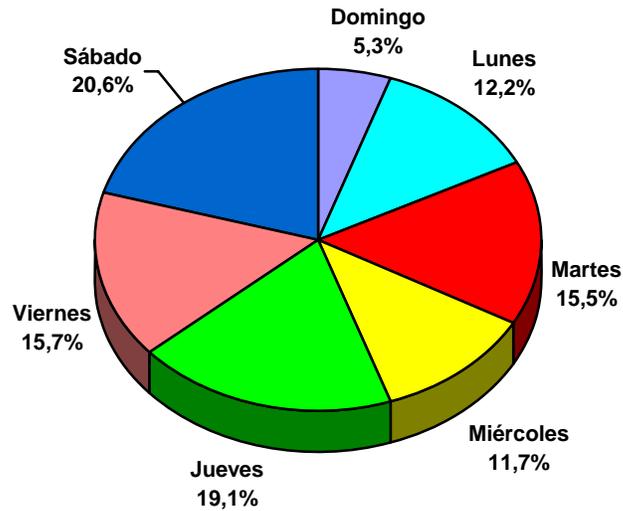


Fuente SISVEA 2005

Los **días de la semana en los que ocurren la mayor demanda de los Servicios de Urgencias Médicas** son los sábados con el 20.6%; seguido por los jueves con un 19.1%; con un 15.7% y 15.5% los días viernes y martes; el domingo y lunes son los que tienen una menor demanda con el 5.3% y 12.2% en forma respectiva. Es de observar que la distribución entre los lunes y los viernes es similar, sobresaliendo los sábados y los jueves. **(Ver Gráfico Nº 9).**

**GRÁFICO 9: DEMANDA DE SERVICIO
SEGÚN DÍA DE LA SEMANA**

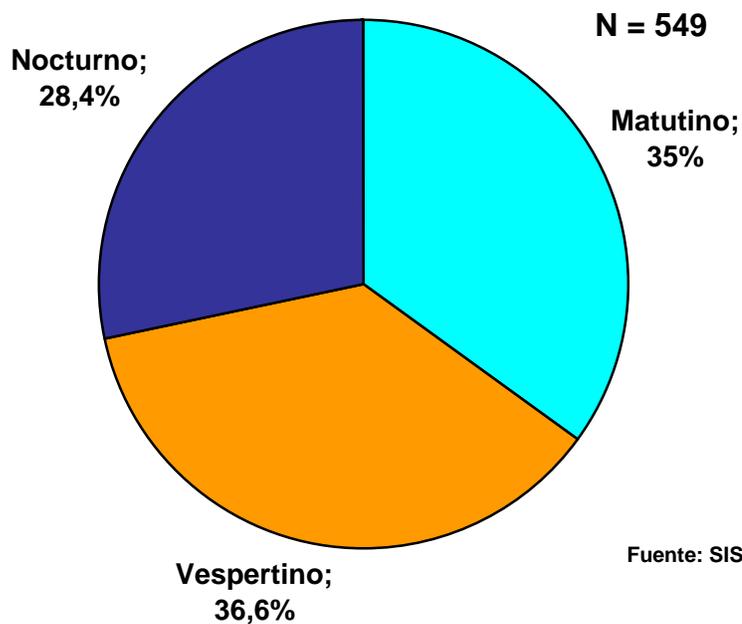
N = 549



Fuente: SISVEA 2005

Con relación a **los turnos donde se solicita con mayor frecuencia dichos servicios**, es en el vespertino con un 36.6% y con un 35% para el matutino, el de menor riesgo es el nocturno con un 28.4%. **(Ver Gráfico N° 10).**

**GRÁFICO 10 DEMANDA DE SERVICIO DE URGENCIAS
SEGÚN TURNO**

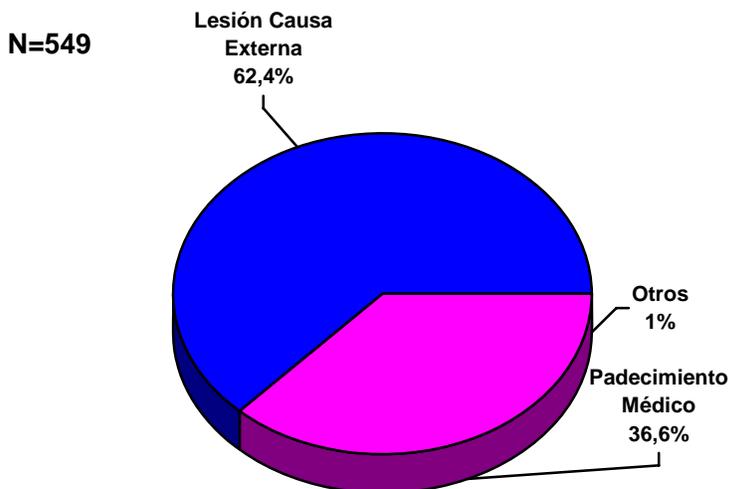


N = 549

Fuente: SISVEA 2005

De los 549 pacientes atendidos 201 sujetos que representan el 36.6% manifestaron un padecimiento médico como **motivo de ingreso** y en 343 casos (62.4%) se brindó la atención por presentar alguna lesión de causa externa; un 1% recibió atención por otros motivos como lo fueron curaciones, retiro de suturas, etc. **(Ver Gráfico Nº 11).**

GRÁFICO 11: MOTIVOS DE INGRESO



Fuente: SISVEA 2005

Encontramos dentro de los 201 casos con **padecimientos médicos** a las enfermedades bronco pulmonares como la bronquitis, enfisema y asma con un 12.1%; las afecciones osteomusculares se presentaron en el 10.7% siendo éstas las que presentaron un mayor porcentaje; la cirrosis/gastritis con el 10.7%, la psicosis con alcohol y drogas con el 6.5% y un 2.8% corresponde a las urgencias quirúrgicas. **(Ver Cuadro Nº 10).**

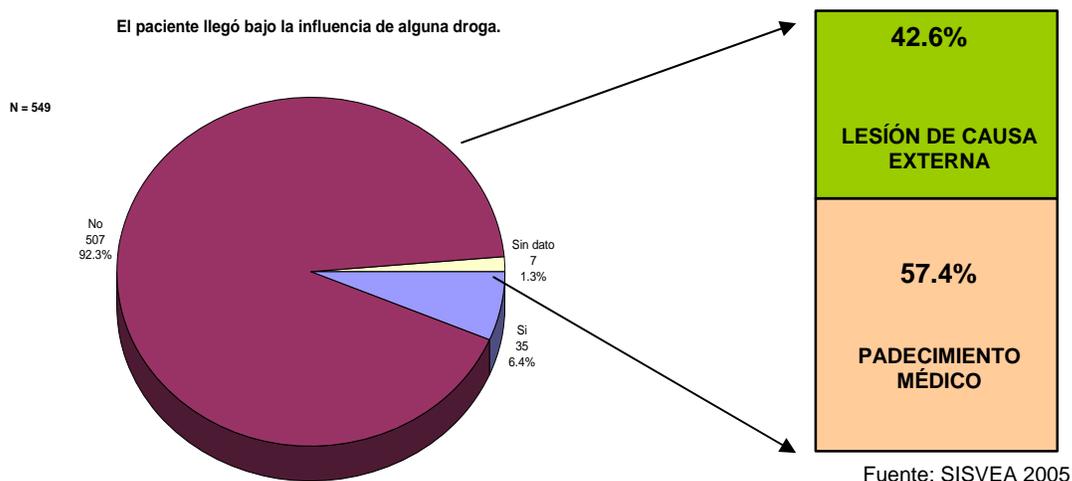
Cuadro 10: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESOS SEGÚN PADECIMIENTO MÉDICO		
Tipo de Padecimiento	Número	Porcentaje
Enfermedad Bronquial/asma	26	12.1%
Cáncer de Pulmón, Traquea y Bronquios	1	0.5%
Enfermedad isquémica del corazón	1	0.5%
Hipertensión Arterial	18	8.4%
Enfermedad cerebro vascular	2	0.9%
Neurológicas	10	4.7%
Cirrosis/gastritis	23	10.7%
Sangrado de tubo digestivo	4	1.9%
Urgencias Quirúrgicas	6	2.8%
Psicosis por alcohol/drogas	14	6.5%
Gineco-obstétricas	4	1.9%
Osteomusculares	23	10.7%
Dermatológicas	2	0.9%
Diabetes Mellitus	15	7.0%
Sida	1	0.5%
Otras.	64	29.9%

Las lesiones producidas por una causa externa que se presentaron con mayor incidencia fueron las de tipo accidental, donde predominan las caídas con un 27.7%; seguidas con un 21.9% las provocadas por golpes y en el 12.2% con heridas por objeto punzo-cortante. (Ver Cuadro 11).

Cuadro 11: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA COMO MOTIVO DE INGRESO		
Lesiones de Causa Externa.	Número	Porcentaje
Accidente automovilístico	35	10.2%
Atropellados	15	4.4%
Caída	95	27.7%
Envenenamientos/Intoxicaciones	7	2.0%
Golpes	75	21.9%
Heridos por arma de fuego	0	0%
Heridos por arma punzo cortante	42	12.2%
Aplastamiento	5	1.5%
Quemaduras	7	2.0%
Violación	2	0.6%
Otras	60	17.5%
Total	343	100

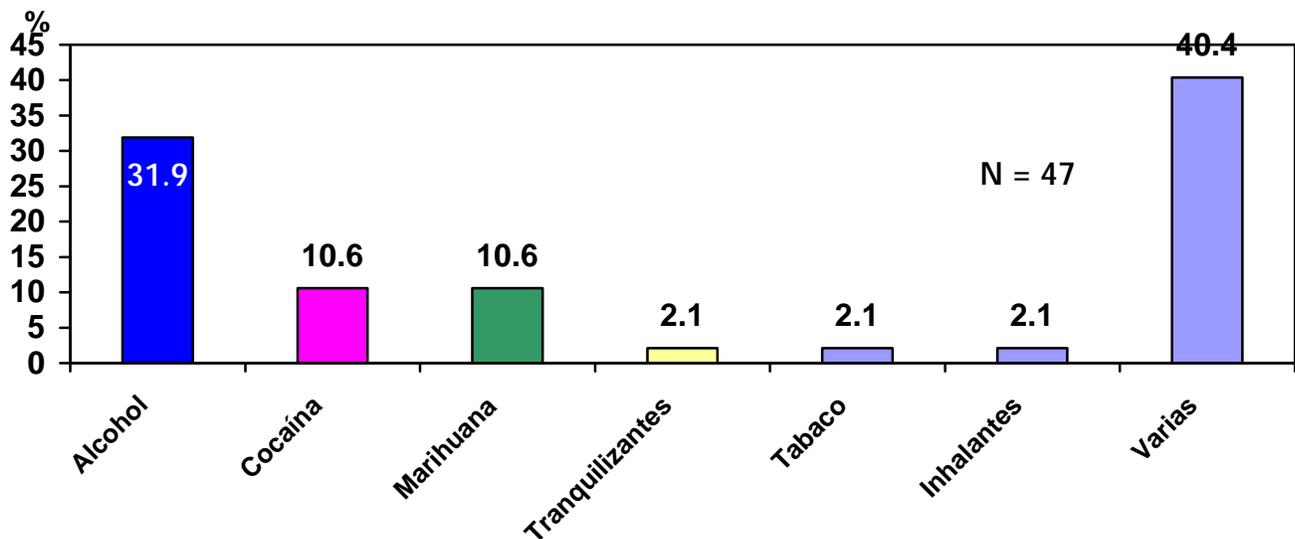
De los 549 sujetos atendidos, el 11.6% que representan 82 casos tuvieron relación con el uso y abuso de sustancias adictivas, de los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 35 de ellos presentaron lesión de causa externa que corresponde a un 42.6% y 47 sujetos (57.4%) ingresaron por presentar algún padecimiento médico. (Ver Gráfico N° 12).

GRÁFICO 12: MOTIVO DE INGRESO SEGÚN USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS



De los 47 sujetos con padecimiento médico relacionados con sustancias adictivas 15 sujetos que representan el 31.9% se asoció al alcohol; cinco sujetos que representan un 10.6% a la marihuana y cocaína para cada uno de ellas, y el 2.1% para los tranquilizantes, y así como para el tabaco e inhalantes. **(Ver gráfico N° 13).**

GRÁFICO 13: SUSTANCIAS ADICTIVAS ASOCIADAS A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIAS POR PADECIMIENTOS MÉDICOS



Fuente: SISVEA 2005

Dentro del rubro de las **enfermedades asociadas al alcohol** el 66.7% presentó psicosis alcohólica, las enfermedades neurológicas, urgencias quirúrgicas y enfermedades osteomusculares alcanzaron el 6.7% para cada una de ellas. En lo que respecta a la marihuana se registraron 5 casos, tres que corresponde al 80% con psicosis inducida por cannabis y 1 paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Así mismo, se registró un caso con psicosis secundario al uso de Inhalantes. De los 5 pacientes positivos a cocaína el 80% presentó psicosis inducida por drogas y uno con afección osteomuscular. **(Ver cuadro n° 12).**

Cuadro 12: PADECIMIENTOS MÉDICOS ASOCIADOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS					
Padecimiento médico	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Sedantes	Tabaco
	N = 15 (31.9%)	N = 5 (18.5%)	N = 5 (18.5%)	N = 1 (3.7%)	N = 1 (3.7%)
Neurológicas	6.7%	-	-	-	-
Urgencias quirúrgicas	6.7%	-	-	-	-
Psicosis alcohólica / drogas	66.7%	80%	80%	-	-
Afección osteomuscular.	6.7%	-	20%	-	-
Enfermedad cerebro vasculares.	-	-	-	-	-
Bronquitis/Enfisema/ Asma	-	-	-	-	100%
SIDA	-	20%	-	-	-
Otras	13.3%	-	66.7%	100%	-
Total	100	100	100	100	100

En relación a las lesiones provocadas por causa externa de los 35 pacientes que fueron registrados que ocurrieron bajo el efecto de alguna droga, 34 de los casos representan el 55.8%, de los cuales 19 sujetos (55.8%) estuvieron **relacionados con el alcohol**, el 11.8% ocurrió bajo el efecto de cannabinoides con 4 casos, bajo el influjo de cocaína se reportaron 5 casos, lo que le corresponde un 14.9% y para los tranquilizantes un 6%.

Como se puede observar en el cuadro N° 13, donde describimos las lesiones de causa externa relacionadas con diversas sustancias adictivas, encontramos que en el **alcohol** las caídas representan un 15.8% y el 73.7% fueron lesiones provocadas por los golpes; las que se asocian con **marihuana**, el 75.0% fueron provocadas por golpes. Para la cocaína se registraron 5 casos de los cuales el 40% la lesión fue producto de golpes y para las caídas, envenenamientos y aplastamiento fue el 20% para cada uno de ellos. Los tranquilizantes se hicieron presentes en 2 sujetos, con sobredosis, asimismo se registró una intoxicación con basuco.

Cuadro 13: LESIONES POR CAUSA EXTERNA RELACIONADAS CON SUSTANCIAS ADICTIVAS

Lesiones por causa externa	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Tranquilizantes	Inhalantes	Tabaco	Droga Médica	Basuco
	N = 19 (55.8%)	N = 4 (11.8%)	N = 5 (14.9%)	N = 2 (2.8%)	N = 2 (5.7%)	N = 1 (8.5%)	N = 1 (3%)	N = 1 (35)
Caída	15.8	-	20	-	-	-	-	-
Envenenamiento		-	20	50	-	-	100	100
Golpes	73.7	75	40	50	-	100	-	-
Herida por objeto punzo-cortante	-	-	-	-	-	-	-	-
Atropellamiento	5.3	-	-	-	-	-	-	-
Accidente automovilístico	-	-	-	-	-	-	-	-
Quemaduras	5.3	-	-	-	-	-	-	-
Aplastamiento	-	-	20	-	-	-	-	-
Otras	-	25	-	-	-	-	-	-
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

De los 549 pacientes atendidos por alguna urgencia médica, 143 pacientes que corresponde al 26%, refirió ser fumador y de ellos el 83% refiere fumar diariamente. Los pacientes que refirieron consumir bebidas alcohólicas alcanzó a 140 sujetos, lo que representa el 25.5% y 96 que corresponda al 17.5% para personas que aceptaron consumir alguna droga de tipo ilegal. **(Ver gráfico 14, 15 y cuadro 14).**

GRÁFICO 14 PACIENTES FUMADORES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICAS

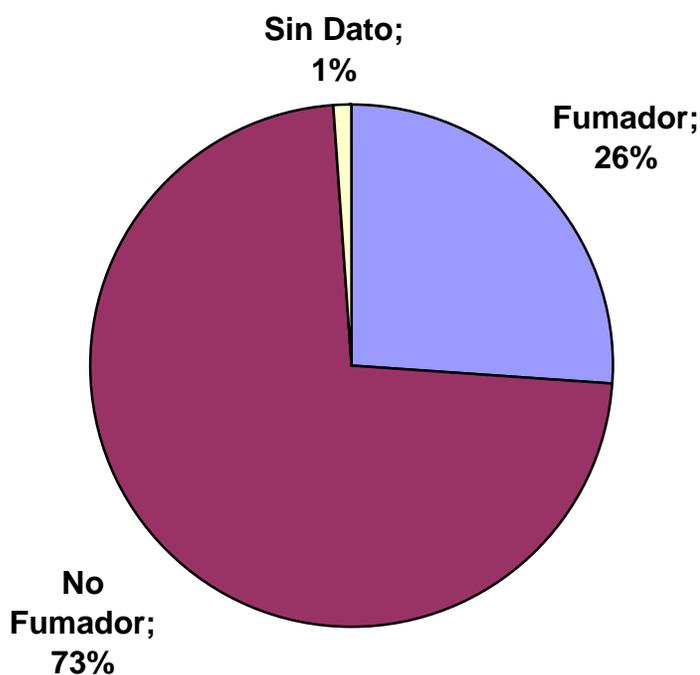
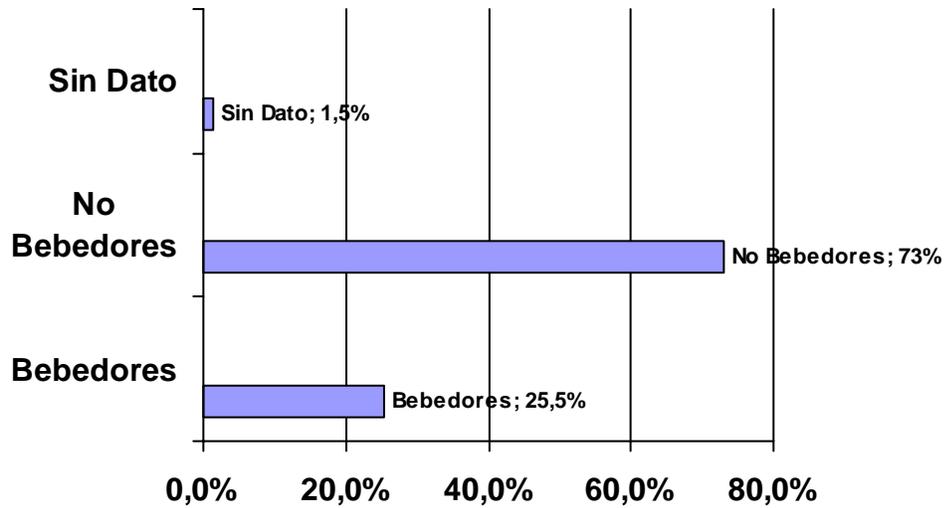


GRÁFICO 15 PACIENTES BEBEDORES ATENDIDOS EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICAS.



**Cuadro 14: PACIENTES USUARIOS DE DROGAS
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

Tipo de Drogas	N = 96	Porcentaje
Medicamentos	26	27.1
Tranquilizantes	14	14.6
Antidepresivos	7	7.3
Anfetaminas	4	4.2
Marihuana	14	14.6
Inhalantes	8	8.3
Cocaína	20	20.8
Heroína	1	1.0
Alucinógenos	2	2.1
TOTAL	96	100

CONCLUSIONES

1. La morbilidad en los servicios de urgencias de acuerdo al sexo, predomina el masculino con el 55.4%.
2. Los días de mayor demanda para los servicios de Urgencias en la Zona Metropolitana de Guadalajara, son los jueves y sábados con el 19.1% y 20.6% respectivamente.
3. La demanda de servicios de urgencias predomina en el turno vespertino con el 36.6% de los casos atendidos.
4. Los grupos de edad que más demandan los servicios de urgencias médicas se encuentra en el grupo en la población entre los 20 y 34 años de edad.
5. Las lesiones de causa externa fue el motivo de demanda de consulta más frecuente en este tipo de Unidades Médicas, siendo las lesiones de primer orden las ocurridas por caídas y los golpes, ambas suman el 49.6%.
6. El 11.1% de todas las lesiones de causa externa tuvieron relación con sustancias adictivas, siendo el alcohol y la cocaína las más frecuentes asociadas en un 55.8% y en el 14.9% de los casos respectivamente.
7. Las lesiones asociadas al alcohol, fueron las de tipo accidental como las caídas y los golpes.
8. El 13.4% de los padecimientos de tipo médico fueron relacionados con el uso y abuso de alguna sustancia adictiva, siendo también el alcohol con el 55.6% de los casos, la cocaína y marihuana un 18.5% en cada una de ellas.
9. Las entidades nosológicas que se encontraron como motivo de ingreso y asociadas al alcohol son las digestivas como son la cirrosis/gastritis, y las neurológicas como la psicosis.
10. El 26% y 25.5% de los pacientes atendidos se encuentran como fumadores y bebedores.
11. El 17.5 de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias médicas aceptaron haber estado en contacto con alguna sustancia adictiva.



SERVICIO MÉDICO FORENSE

SERVICIO MÉDICO FORENSE

Los datos plasmados en este capítulo representan a los cadáveres que ingresaron al **Servicio Médico Forense (SEMEFO)** en el período comprendido de **enero a diciembre del año 2005**, los cuales cumplen los siguientes criterios de inclusión del presente indicador del **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones**:

Criterios de inclusión al estudio:

- Cadáveres que ingresen al Servicio Médico Forense de la ciudad de Guadalajara.
- Que al momento del fallecimiento, el sujeto, haya tenido como mínimo 5 años de edad.

Como criterio de exclusión de este indicador:

- Que el cadáver tenga una edad menor a los 5 años de edad.

Los datos sobre el tipo y causa de muerte son obtenidos del libro de registro de autopsia y las características sociodemográficas del registro de Trabajo Social, por un médico capacitado y los resultados del doping son obtenidos a través del reporte del **Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses**, Institución que procesa las muestras de los fluidos corporales obtenidos del cadáver, el cual envía los resultados al SEMEFO de donde se obtiene la información.

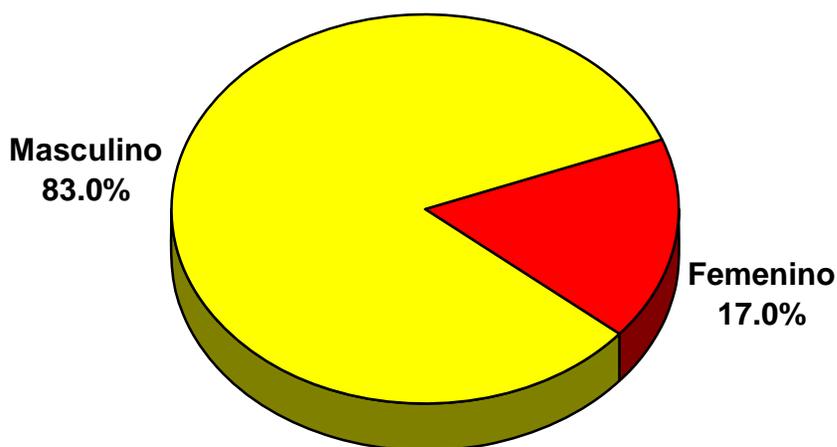
Los datos obtenidos se captan en la hoja de Forense específicamente creada para el cumplimiento del indicador.

La hoja es codificada de acuerdo al Manual de Codificación del SISVEA Nacional y se captura en el programa de Epi Adic., el cual facilita el análisis de la información en forma global y posteriormente a los sujetos que resultaron positivos a sustancias de abuso en sus fluidos corporales.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se capturaron a **2,547 cadáveres**, de los cuales 2,113 (83.0%) pertenecen al sexo **masculino**, 433 (17%) al **femenino** y en 1 caso no obtuvimos el género, se catalogaron como **restos humanos** y no representa valor porcentual. **(Gráfico n°16)**

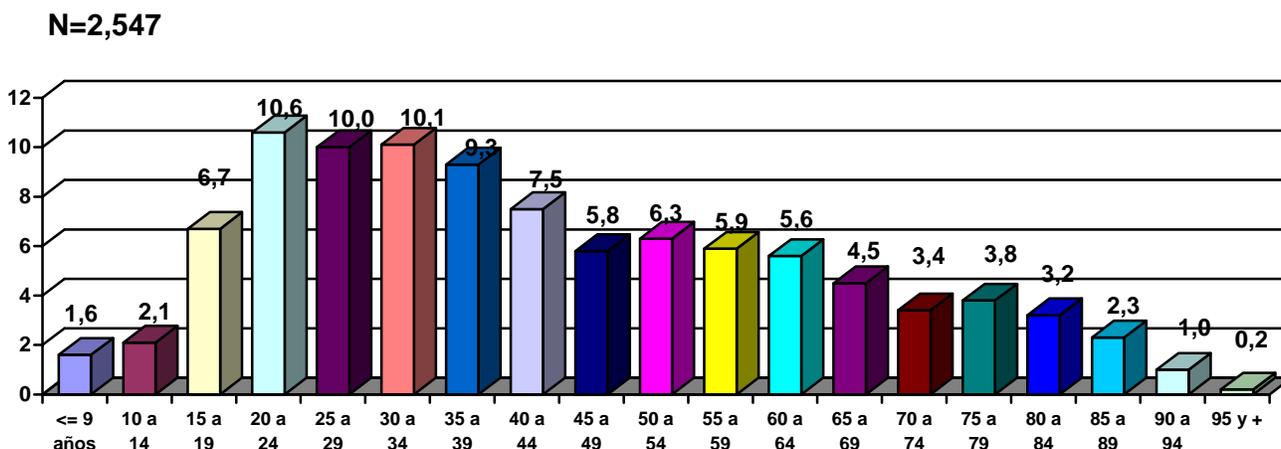
GRÁFICO 16: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO
N=2,547



Fuente: SISVEA 2005

En lo que concierne a la **distribución por grupos de edad**, el mayor índice de mortalidad se encuentra con el 10.6% en el grupo de 20 a 24 años y de 30 a 34 años con el 10.1%, seguidos por el grupo de 25 a 29 con el 10% y un 9.3% entre 35 a 39 años. Se observa en el gráfico, que la mortalidad disminuye conforme se pasa la quinta década de vida; en el grupo de menores, el más afectado es el que se encuentra entre los 15 a 19 años con el 6.7%, un 2.1% para los que tuvieron entre 10 y 14 años y 1.6% para menores de 9 años. **(Ver Gráfico N° 17)**

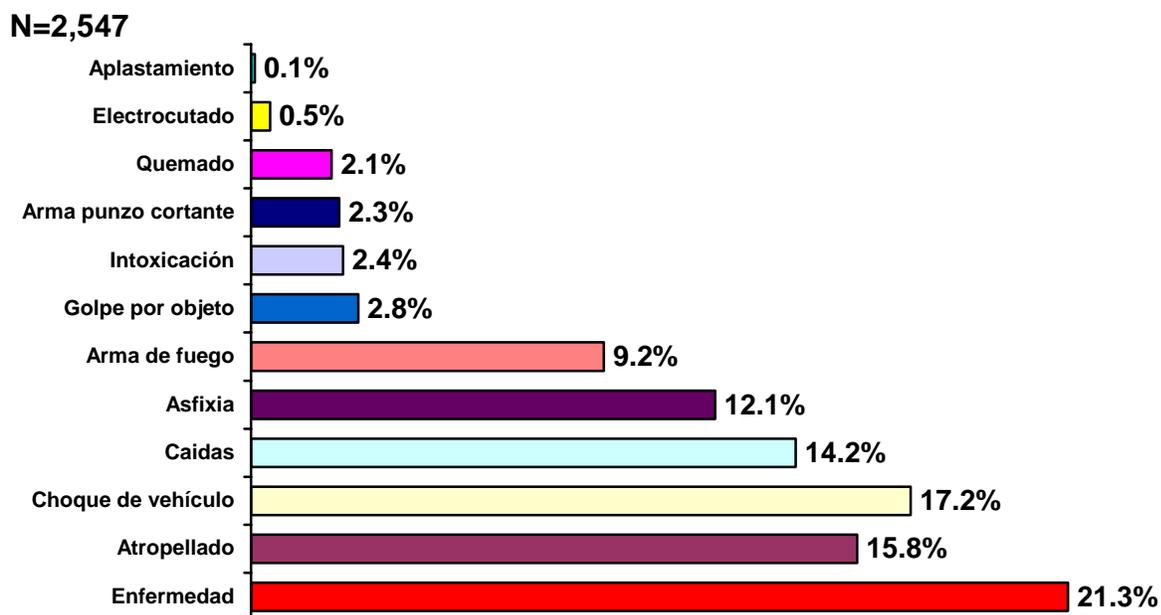
GRÁFICO 17: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: SISVEA 2005

Las **causas que con mayor frecuencia provocan la muerte** son las de tipo accidental como corresponde a los choques de vehículo de motor con el 17.2% los atropellamientos con el 15.8%, caídas y las causadas por asfixia como los ahogamientos, ahorcamientos y broncoaspiración con el 14.2% y 12.1% respectivamente; el 9.2% para las producidas por arma de fuego; cuando se produjo la muerte por arma blanca e intoxicación se registró un 2.4% para cada uno de ellos, las ocasionadas por alguna enfermedad se encontró en el 21.3% (**Ver Gráfico 18**)

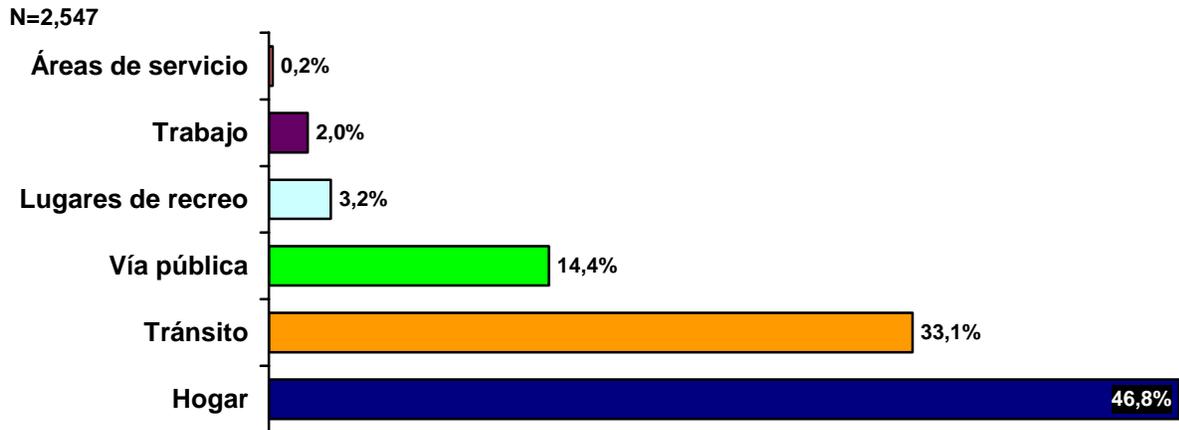
GRÁFICO 18: CAUSA DE MUERTE



Fuente: SISVEA 2005

El **sitio de mayor riesgo** donde ocurren las muertes, es en el hogar con el 46.8% de los casos, a los que ocurrieron en las vías de tránsito corresponde 33.1%, y en la vía pública el 14.4%; los lugares de recreo con el 3.2%, en el lugar de trabajo con el 2.0% y los que representan menor riesgo son las áreas de servicio con el 0.2%. **(Ver Gráfico N° 19)**

GRÁFICO 19: LUGAR DE LA MUERTE.

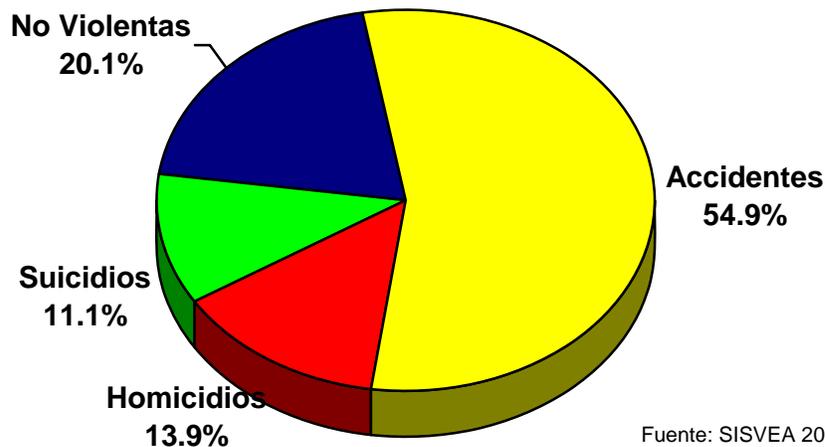


Fuente: SISVEA 2005

Como observamos en el gráfico número 20 **los accidentes son los que con mayor frecuencia provocan la muerte**, ya que el 54.9%, murió de esta forma con 1,397 casos; el 13.9% (355) a consecuencia de homicidio; (282) casos que corresponde al 11.1% son suicidas; en (512) sujetos fue por muerte no violenta o por enfermedad con el 20.1%.

GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CAUSA DE MUERTE

N=2,547



Fuente: SISVEA 2005

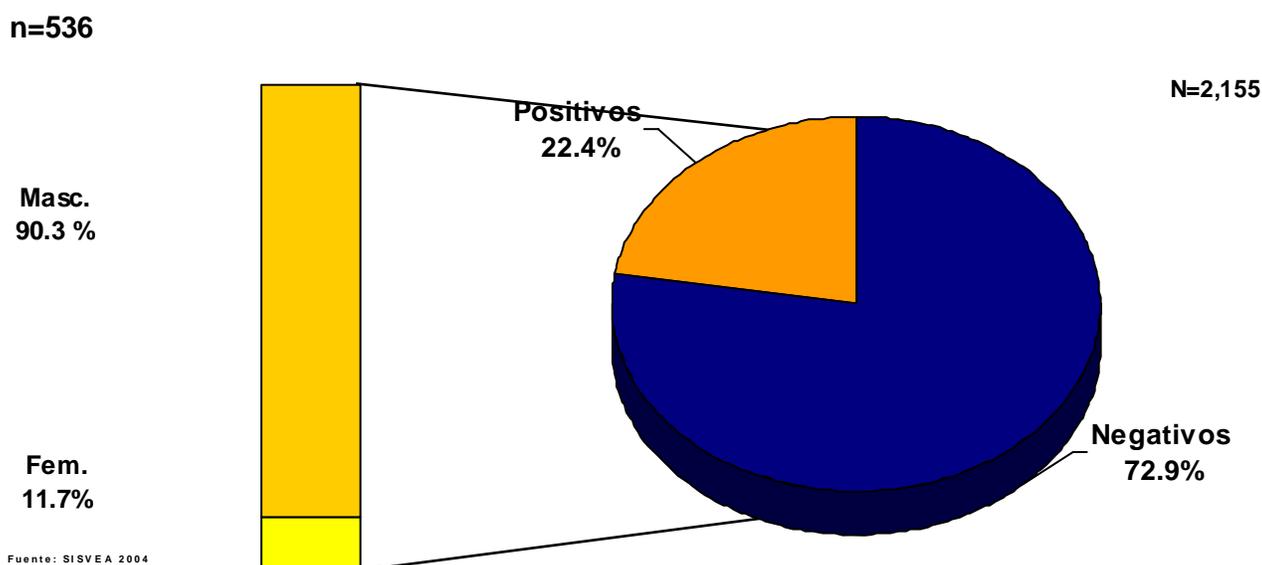
De acuerdo al **tipo de muerte**, encontramos algunas diferencias entre las causas que la originaron, para aquellas que ocurrieron por accidente, las causas más comunes son por choques de vehículo de motor con el 31.1%, los atropellamiento con el 28.1% y el 25.2% para las caídas y asfixia con el 6.3%, los quemados con el 3.4% y **por intoxicación accidental** fue el 1.9% en 27 casos. El arma de fuego es el principal medio que provocan los **homicidios** en 197 casos que corresponde a un 55.5%, el 18.6% con 66 casos se produjeron por golpes con objeto contundente; y por arma punzo cortante con 56 casos que representa el 15.8%. Los **suicidas** prefieren utilizar la asfixia para provocarse la muerte ya que esto sucedió en 204 sujetos que representa el 72.3%, el arma de fuego fue utilizada por 35 sujetos que corresponde al 12.4%, y aparecen las intoxicaciones con el 12.4% con 35 casos. **(Ver Cuadro nº 15)**

Cuadro 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN TIPO				
Causa de Muerte	Accidente N = 1397	Homicidio N= 355	Suicidio N = 282	No Violenta N = 512
Atropellados	28.1	2.5	0	0
Choque de vehículo	31.1	0.8	0	0
Caídas	25.2	1.4	1.4	0
Electrocutados	1.0	0	0	0
Quemados	3.4	0.8	0	0
Golpe por objeto contundente	0.4	18.6	0	0
Asfixia	6.3	4.2	72.3	0
Aplastamiento	0.1	0	0	0
Arma de fuego	0.2	55.5	12.4	0
Arma punzo cortante	0.1	15.8	0.7	0
Intoxicaciones	1.9	0	12.4	0
Otros	2.1	0.3	0	100
Total	100	100	100	100

MUERTES ASOCIADAS A SUSTANCIAS ADICTIVAS

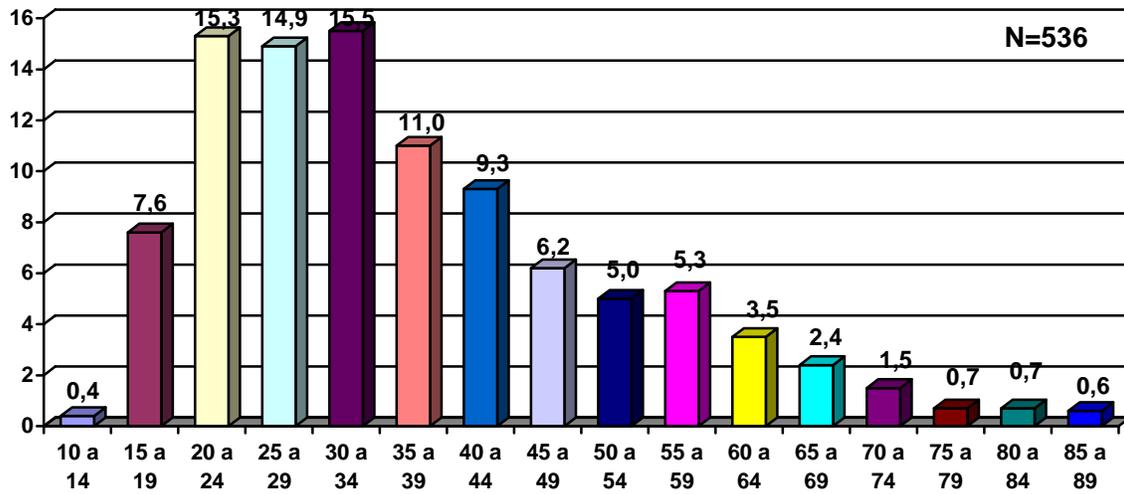
De los 2,547 cadáveres registrados por este Sistema, en 536 sujetos, sus muestras de fluidos corporales resultaron positivas a alguna **sustancia adictiva**, lo que representa un 21%. Con relación a la distribución por género, 448 casos pertenecen al sexo **masculino** con el 91%, el 9% al **femenino** con 48 casos. (Ver Gráfico 21)

GRÁFICO 21: CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS Y DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



De los sujetos que resultaron positivos a sustancias adictivas, **el grupo de edad** más afectado se encuentra entre los jóvenes de 30 a 34 años con el 15.5%; seguido por el de 20 a 24 años y de 25 a 29 años con el 15.5% y 14.9% respectivamente; el 11% se encontró entre los 35 a 39 años, cabe mencionar que en el 0.4% tenía entre los 10 y 14 años. (Ver Gráfico N° 22)

GRÁFICO 22 : DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS

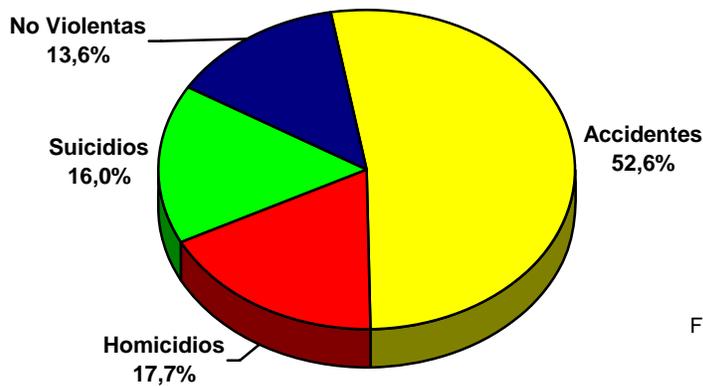


Fuente: SISVEA 2005

Los accidentes se encuentran mayormente relacionados a las muertes bajo el influjo de alguna sustancia adictiva, ya que se registraron 282 defunciones por esta causa, representando un 52.6%, los homicidios se presentó en el 17.8% con 95 casos, se registraron 16% decesos por suicidio con 86 casos, las muertes no violentas con el 13.6% con 73 casos. (Ver gráfico N° 23)

GRÁFICO 23: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE MUERTE EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS.

N = 536



Fuente: SISVEA 2005

De las **mueres producidas por accidentes asociadas a sustancias adictivas**, se encontró como las de mayor incidencia, a los choques de vehículo de motor con el 44% a los atropellamientos con el 29.8%; las caídas con el 8.5%; el 9.9% por asfixia, las producidas **por homicidio**, el 52.6% fue provocado por arma de fuego y por arma punzo cortante el 28.4% y por ser golpeado con objeto contundente se presentó el 12.6%. El 86% utilizó la asfixia para lograr **el suicidio**, seguido con el 10.5% a los que utilizaron arma de fuego y por intoxicación o envenenamiento en el 3.5% de los sujetos. **(Cuadro N° 16)**

Cuadro 16: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE MUERTE ASOCIADA A SUSTANCIAS ADICTIVAS SEGÚN CAUSA DE DECESO				
Causa de Muerte N= 536	Accidente N = 282	Homicidio N = 95	Suicidio N = 86	No Violenta N = 73
Atropellamientos	29.8	0	0	0
Choque de vehículo de motor	44	0	0	0
Caída	8.5	0	0	0
Electrocutado	1.1	0	0	0
Quemado	1.4	0	0	0
Golpe por objeto contundente	0.4	12.6	0	0
Asfixia	9.9	6.3	86	0
Arma de fuego	0	52.6	10.5	0
Arma punzo cortante	0	28.4	0	0
Aplastamiento	0.7	0	0	0
Intoxicado	1.8	0	3.5	0
Otros	2.5	0	0	100
Total	100	100	100	100

Las vías de tránsito y el hogar **son los sitios** donde ocurre la muerte con mayor frecuencia en este tipo de población, puesto que el 39.2% y el 36.4% respectivamente fallecieron en estos lugares; en la vía pública ocurrió el 17.9% de los fallecimientos y en los lugares de recreo 4.7% y servicio el 0.6%.

De las 282 muertes accidentales en el grupo de los positivos a sustancias adictivas, el 74.1% ocurrieron en las vías de tránsito, un 15.2% ocurrió en el hogar, y en los lugares de recreo ocurrieron el 7.8% de las muertes, en las áreas de trabajo el 1.8% y con proporción se encontró a baños públicos y áreas de servicios con el 0.7% y 0.4% respectivamente.

Para el caso de los 95 homicidios el 93.7% ocurrió en la vía pública y sólo el 3.2% en el hogar, los suicidios se llevan a cabo con mayor predilección en el hogar, ya que el 96.5% se perpetró ahí, así mismo para las muertes por enfermedad o no violentas en casi el 90.4% ocurrió en el hogar. **(Cuadro n° 17)**

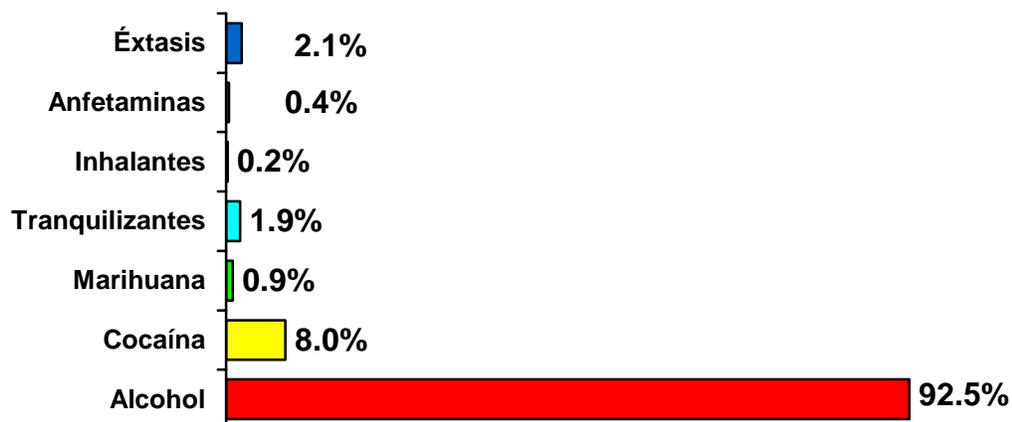
Cuadro 17: LUGARES DONDE OCURRIÓ LA MUERTE DE CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS SEGÚN EL TIPO DE MUERTE

Lugar de la Muerte	Global N = 536	Accidente N = 282	Homicidio N = 95	Suicidio N = 86	No Violenta N = 73
Tránsito	39.2	74.1	0	0	1.4
Hogar	36.4	15.2	3.2	96.5	90.4
Vía pública	17.9	0	93.7	1.2	8.2
Baños públicos	0.4	0.7	0	0	0
Áreas de recreo	4.7	7.8	1.1	2.3	0
Áreas de trabajo	0.9	1.8	0	0	0
Áreas de servicio	0.6	0.4	2.1	0	0
Otros	0	0	0	0	0
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Las **sustancias adictivas que detectó el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses** en los fluidos corporales de los cadáveres estudiados, encontramos 496 muestras positivas al alcohol, lo que representa el 92.5% de los sujetos; en segundo lugar se detectó cocaína en 43 muestras con el 8%; positivos a la marihuana en 5 casos con un 0.5% y con la misma proporción se encontraron los tranquilizantes; los tranquilizantes fueron positivos en 10 sujetos lo que representa el 1.9% y por último los inhalantes con 1 caso (1.2%) **(Ver Gráfico N° 24)**

GRÁFICO 24: TIPO DE SUSTANCIAS PRESENTES EN CADÁVERES DE SEMEFO

N= 536



Fuente: SISVEA 2005

Como podemos observar en el cuadro número 18 que describe las causas de muerte asociadas a las diferentes sustancias adictivas; en los 496 cadáveres con **alcoholemia positiva** el 16.5% falleció al ser atropellado; con 24.4% por choque de

vehículo de motor; por asfixia un 19.6% de los casos; el 9.9% por arma de fuego y el 4.2% murió al sufrir una caída.

Para los positivos a **marihuana** encontramos que el 60% falleció secundario a las lesiones por choque de vehículo de motor, los atropellados y por asfixia se presentó en el 20% para cada uno de ellos.

Los asociados a la **cocaína**, el 30.2% murió por asfixia, 23.3% por proyectil de arma de fuego, un 11.6% por chocar su vehículo, con 2.3% por caída y el 7.0% por intoxicación o sobredosis.

Para los positivos a los **tranquilizantes**, encontramos que el 30% falleció por accidente automovilístico, en 20% encontramos a las caídas y por asfixia; y un caso por electricidad.

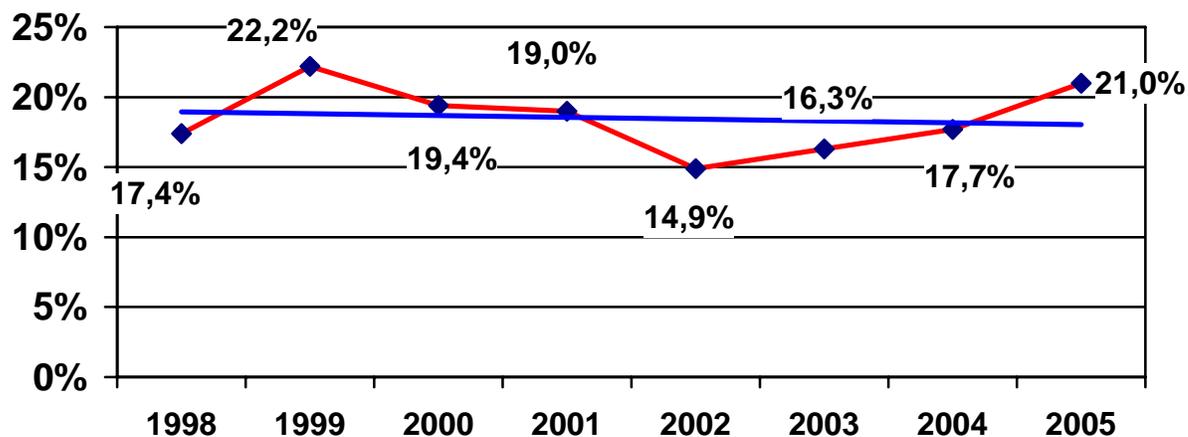
Cuadro 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSA DE MUERTE SEGÚN TIPO DE SUSTANCIA ADICTIVA					
N= 536 Causa de Muerte	Alcohol N= 496	Tranquilizantes N= 10	Marihuana N= 5	Inhalantes N= 1	Cocaína N= 43
Atropellados	16.5	0	20	0	4.7
Choque de vehículo	24.4	30	60	0	11.6
Caída	4.2	20	0	0	2.3
Electrocutado	0.4	10	0	100	0
Quemado	0.8	0	0	0	0
Golpe por objeto	2.4	0	0	0	2.3
Asfixia	19.6	20	20	0	30.2
Aplastamiento	0.4	0	0	0	0
Arma de fuego	9.9	0	0	0	23.3
Arma punzo cortante	5.0	0	0	0	7.0
Intoxicado	1.4	0	0	0	7.0
Otros	14.9	20	0	0	11.6
Se ignora	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100

Las vías de tránsito, en el hogar y en la vía pública son los **lugares donde ocurren las muertes asociadas a cualquier tipo de sustancias adictivas.**

TENDENCIAS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN CADÁVERES DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE

El registro de los cadáveres durante los últimos 8 años, nos permite evaluar el comportamiento de nuestra población con relación al uso y abuso de sustancias adictivas durante situaciones donde se incrementa el riesgo de sufrir algún evento violento que provoque la pérdida de la vida, para lo cual, el gráfico muestra las **tendencias** en la presencia de sustancias adictivas en los fluidos corporales en cadáveres del Servicio Médico Forense de la Ciudad de Guadalajara del año 1998 al 2005, la línea de tendencia muestra un comportamiento prácticamente plano, no obstante el incremento hasta el 21% en el año 2005 (Ver gráfico No 25)

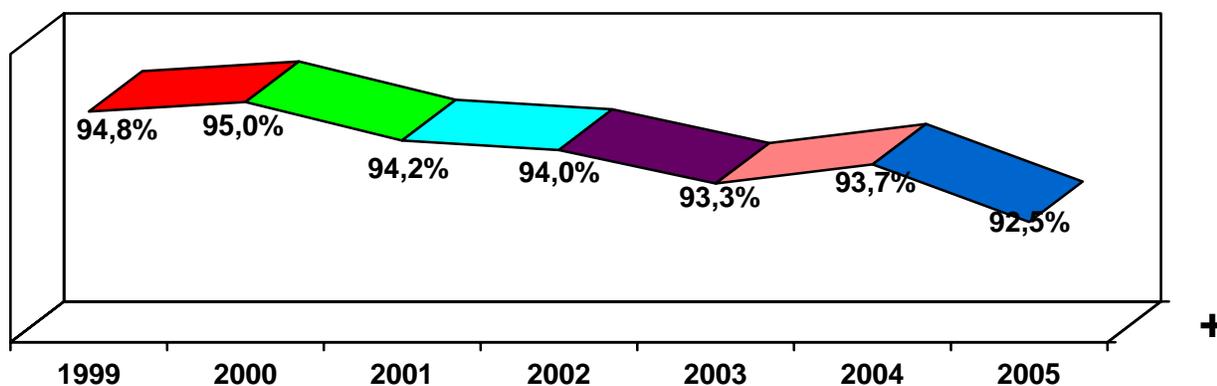
**GRÁFICO 25: TENDENCIA DE PRESENCIA DE DROGAS
EN CADÁVERES DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE 1998-2005**



Fuente: SISVEA 2005

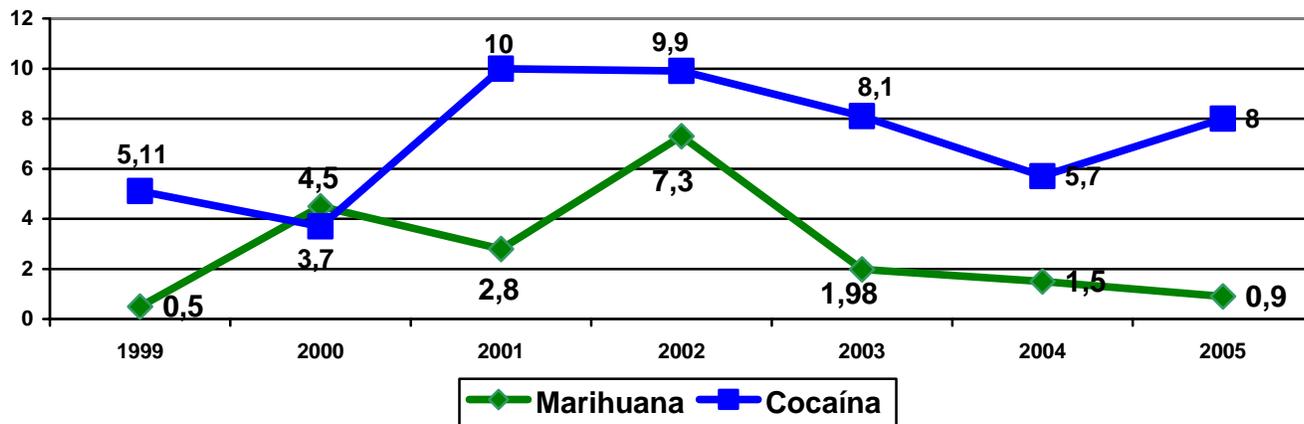
En las **tendencias mostradas por cada tipo de droga** observamos que el alcohol se mantiene estable, encontrando durante los años 1999 al 2005 entre el 94.8% al 92.5%, cabe señalar que en el año 1998 sólo se procesaba alcoholemia y por esta razón aparece como el 100% de los casos. La **marihuana** presentó un incremento en el **2002** hasta el 7.3% y se ha mantenido en descenso hasta el año 2005. En relación a la **cocaína**, tiende al incremento del 5.1% en 1999 y en el **2002** tuvo un repunte del 10%, en **los tranquilizantes** observamos una tendencia hacia la baja, así mismo para los inhalantes. (Ver gráficos 26, 27 y 28)

GRÁFICO 26: PREVALENCIA DE ALCOHOLEMIAS EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS.



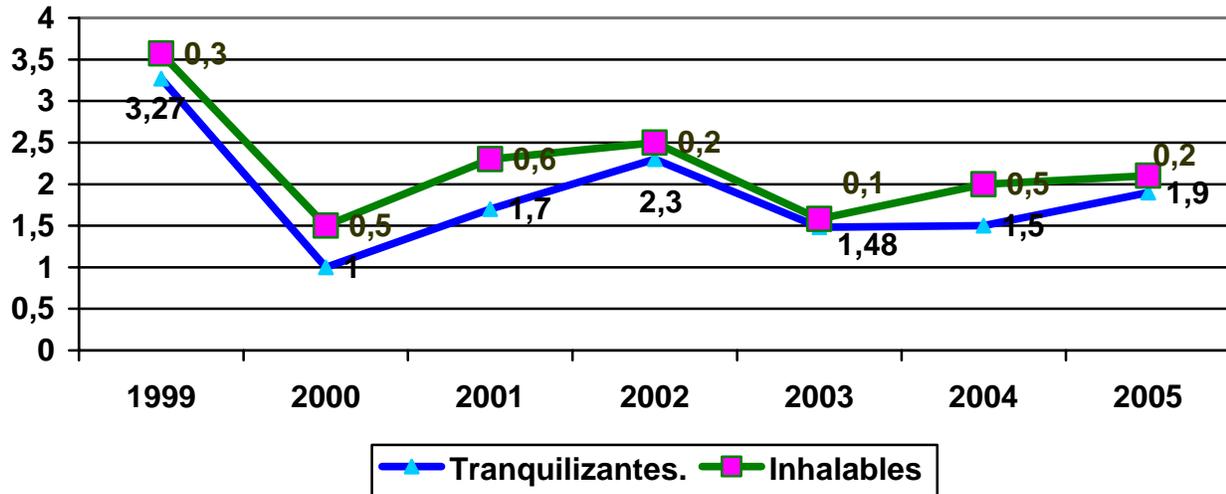
Fuente: SISVEA 2005

GRÁFICO 27: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A MARIHUANA Y COCAÍNA



Fuente: SISVEA 2005

GRÁFICO 28: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A TRANQUILIZANTES E INHALANTES



Fuente: SISVEA 2005

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este indicador podemos concluir lo siguiente:

1. La mortalidad asociada a las sustancias adictivas es mayor en el sexo masculino con relación al femenino con un índice de masculinidad de 9.3/1.
2. El grupo de edad donde ocurre un mayor número de muertes se encuentra entre la población económicamente activa, ya que sumados los grupos de edad hasta los 49 años resulta ser el 62.1%, con una mayor incidencia en el grupo de los 20 a 34 años de edad.
3. El 21% de los cadáveres registrados en el Servicio Médico Forense resultaron positivos a alguna sustancia adictiva, observándose un ligero ascenso con relación al año 2003.
4. En el grupo de los positivos a alguna sustancia adictiva, la población de 30 a 34 años es la más afectada con un 15.5% pero sin diferencia significativa con los grupos entre 20 a 29 años.
5. Los accidentes son el principal tipo de muerte, tanto en la mortalidad global como en los asociados a sustancias adictivas.
6. El alcohol es el tóxico más importante asociado a la mortalidad en pacientes positivos a sustancias adictivas con el 92.5%.
7. La tendencia de que se presente el alcohol en los fluidos corporales de los cadáveres es hacia la baja en los últimos 5 años y con un ligero ascenso en el año 2004 y 2005
8. La cocaína y la marihuana tienen la tendencia hacia la disminución en relación a la positividad de los fluidos corporales de la muestra de cadáveres atendidos en el Servicio Médico Forense.
9. La línea de tendencia de cadáveres positivos a sustancias adictivas se orientan a disminuir en los últimos 8 años.



MENORES INFRACTORES

MENORES INFRACTORES

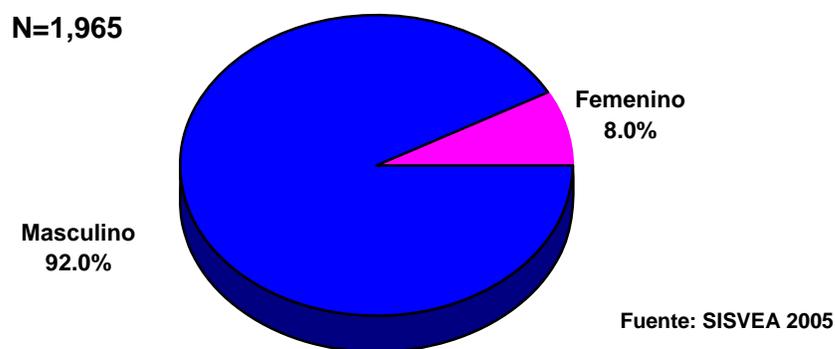
En este indicador se registran a todos los menores que por diversas razones cometen algún tipo de infracción y son remitidos al **Centro de Observación de Menores del Estado (COME)**.

Se incluyen en este indicador a todos los menores que ingresaron al **COM** y que por su estado jurídico, el Consejo Técnico de dicha Institución aplica los estudios pertinentes para evaluar desde el punto de vista médico, psicológico, psicométrico, pedagógico, jurídico, así como su entorno social y ofrecen los diagnósticos plasmados en este documento.

Se incluyeron a 1965 sujetos, quienes ingresaron a esta Institución durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2005, con las siguientes características sociodemográficas:

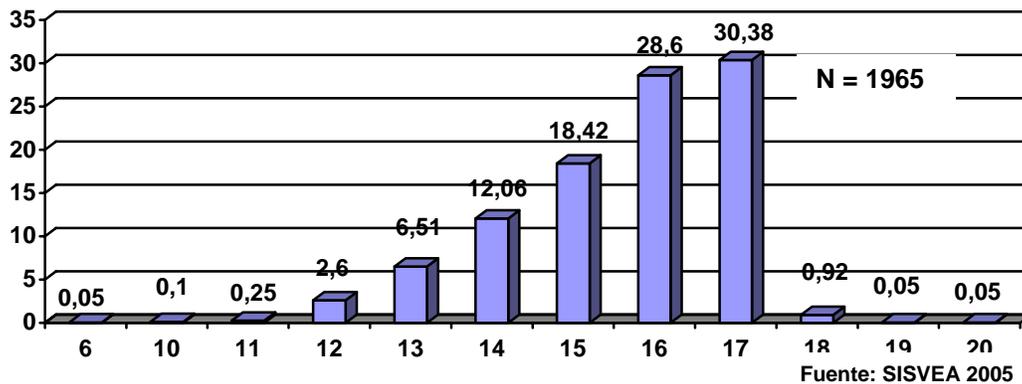
En cuanto a la **distribución por género** el 92% pertenece al masculino y el 8% son del femenino. **(Gráfico n° 29)**

GRÁFICO 29: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



La **distribución por años de edad** de los menores de este Centro de Observación, tenemos que la mayoría cuenta con 17 años de edad puesto que el 30.38% está en esta categoría, le sigue el grupo de 16 años con 28.6%, entre los 14 a 17 años de edad se obtuvo el 78.4% y el 18.42% es de 15 años de edad, se registró uno solo con 0.05% para los 6 años de edad. **(Gráfico n° 30)**.

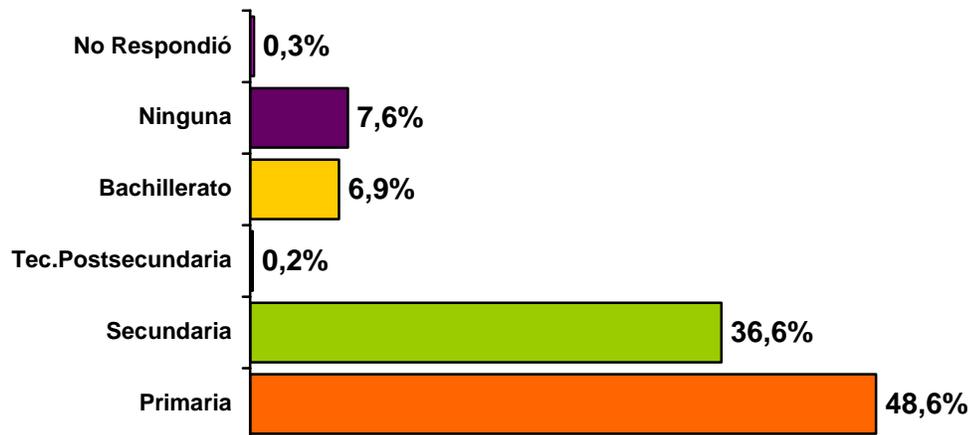
GRÁFICO 30: DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE EDAD



Con relación al **nivel de escolaridad de los menores**, encontramos al mayor grupo en aquellos que han cursado la educación primaria con el 48.6%, el 36.6% refiere haber cursado la secundaria y un 6.9% el bachillerato; es de hacer notar que el 7.6% no tuvo la oportunidad de acudir al plantel escolar. (**Gráfico n° 31**).

GRÁFICO 31: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MENORES INFRACTORES SEGÚN ESCOLARIDAD

N=1,965



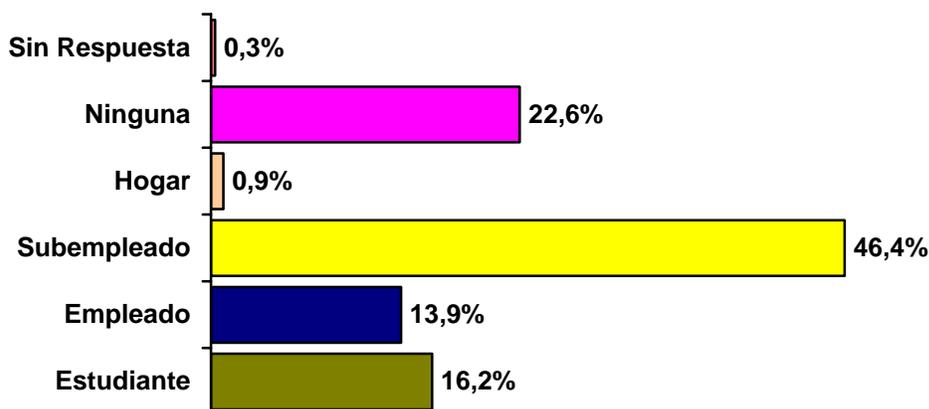
Fuente: SISVEA 2005

Con relación al **estado civil de estos menores**, el 94.2% refieren ser solteros, en unión libre se encuentra un 5.4%, separados y casados representan el 0.1% y 0.3% respectivamente, un sólo caso se reportó como divorciado.

Con respecto a la **ocupación** que estos menores desarrollan, encontramos como la principal forma de subsistir, al sub-empleo como limpiar vidrios, realizar algún servicio, etc. puesto que el 46.4% consigue dinero de esta manera; al empleo formal se dedica el 13.9%; un 22.6% refiere no desempeñar actividad alguna; otro 16.2% manifiestan ser estudiantes y el 0.9% se dedica a las actividades domésticas; aunque en este último predomina el sexo femenino. **(Ver gráfico n° 32)**

GRÁFICO 32: OCUPACIÓN

N= 1,965

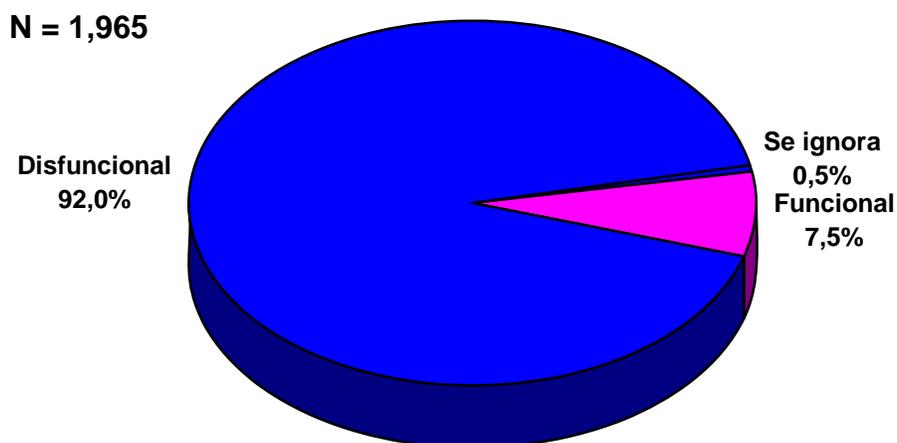


Fuente: SISVEA 2005

Al evaluar el **nivel socioeconómico** del menor y su familia, la gran mayoría pertenece a una clase social económicamente desprotegida, registrándose el 96% como bajo, un 1.8% son considerados como medio bajo, el 0.4% pertenecen al estrato socioeconómico medio y sólo el 0.4% y 1.5% es medio alto y alto.

La familia en su composición, así como en el cumplimiento de sus roles juega un papel importante en la generación de menores sanos o de lo contrario con conductas de tipo antisocial, donde se observa una mayor incidencia en la comisión de infracciones. En este grupo encontramos que el 92% pertenece a una familia de tipo disfuncional. En cuanto a su composición el 44% de las familias se catalogó como extensa, un 51.2% es integrante de una familia nuclear y sólo el 7.5% provienen de una familia funcional. **(Gráfico n° 33).**

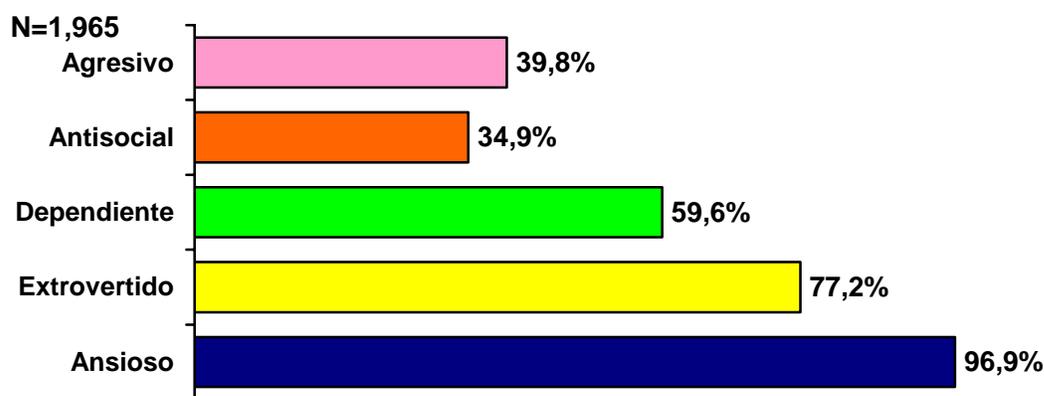
GRÁFICO 33: TIPO DE FAMILIA SEGÚN ACTITUD



Fuente: SISVEA 2005

El resultado del examen psicológico aplicado a los jóvenes, revela que las **características de personalidad** en este tipo de población es la siguiente: el 96.9% se dictamina que muestra ansiedad, un 77.2% son considerados como extrovertidos, el 59.6% son dependientes y el 34.9% tienen una conducta de tipo antisocial, mostrando agresividad en un 39.8% de los casos. (Gráfico nº 34).

GRÁFICO 34: RASGOS DE PERSONALIDAD

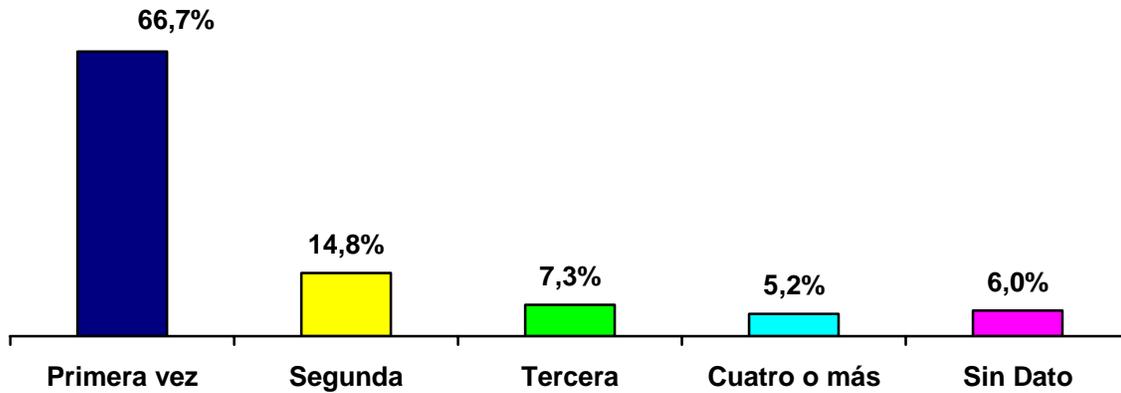


Fuente: SISVEA 2005

Sólo el 22.% de los menores presenta algún tatuaje y un 16.9% refiere pertenecer a una banda, 66.7% de los casos hace referencia que es su primer ingreso a la Institución, el 14.8% es de segundo ingreso, el 7.3% ha ingresado por lo menos tres ocasiones; cuatro veces o más ingresos representan 5.2% y del 6% no se obtuvo respuesta. (Gráfico nº 35).

GRÁFICO 35: NÚMERO DE INGRESOS A LA INSTITUCIÓN

N = 1,965



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones 2005

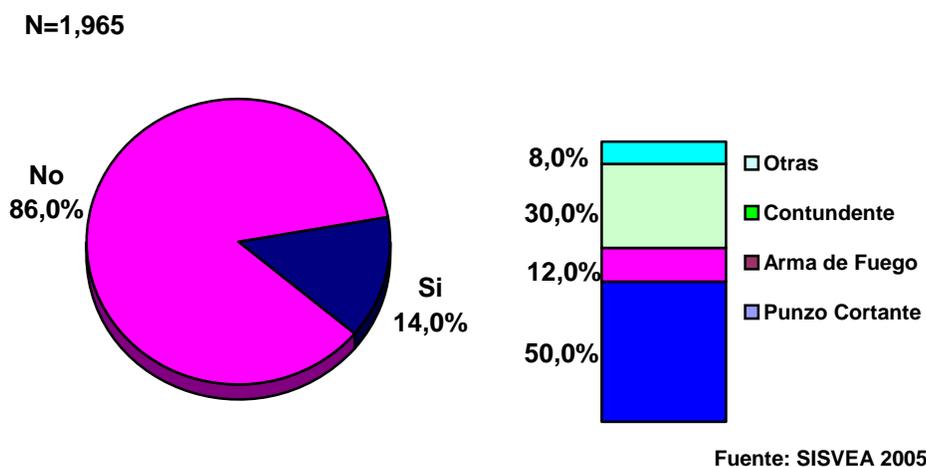
Como se puede observar en el cuadro número 1, se muestra el **tipo de infracción** que con mayor frecuencia cometen los menores, siendo el robo con un 49.1%, seguido por los delitos contra la salud que corresponden al 26.8% y con 4.2% por portar algún arma prohibida, el 2.5% fue detenido por consumir drogas, otro 5.2% provocó daños en propiedad ajena y un 5.4% por provocar lesiones. **(Cuadro nº 19)**

Cuadro 19 TIPO DE INFRACCIÓN COMETIDA POR LOS MENORES		
Infracción	Número	Porcentaje
Robo	965	49.1
Delitos contra la salud	527	26.8
Portar algún arma	83	4.2
Consumo de drogas	50	2.5
Daños en propiedad ajena	102	5.2
Lesiones	106	5.4
Violación	25	1.3
Homicidio	17	0.9
Secuestro	0	0
Otros	131	6.7

Los **lugares donde se presenta la mayor incidencia** para que los menores **cometan las infracciones** son en la vía pública en un 66% de los casos, otro sitio de alto riesgo es el hogar o en la casa habitación con el 7% y en tercer lugar es el área laboral con sólo el 1%, registrándose como los de menor incidencia los lugares de diversión, la escuela.

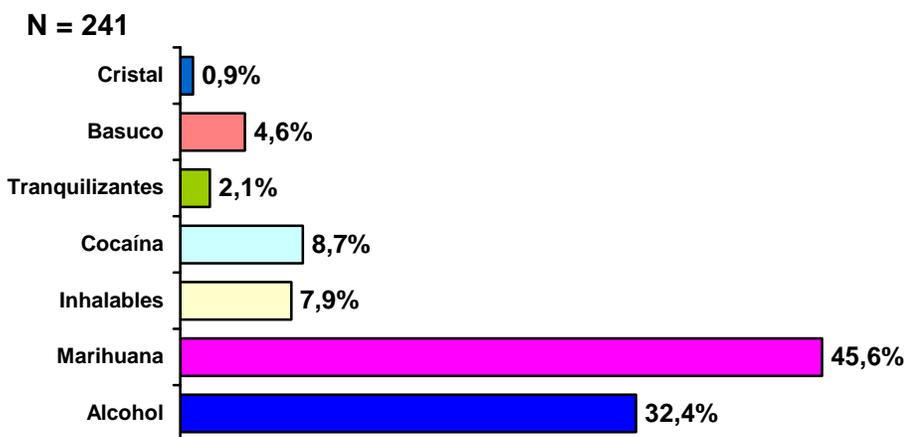
Es de reflexionar que el 14% de los menores que ingresaron a la Institución cometieron la **infracción utilizando algún tipo de arma**. En relación a las armas utilizadas el 50% usó una de tipo punzo-cortante, el 12% utilizó un arma de fuego y un 30% un objeto contundente, el 8% otro tipo de arma como bombas molotov. (Gráfico nº 36)

GRÁFICO 36: USO Y TIPO DE ARMA UTILIZADAS POR LOS MENORES PARA COMETER LA INFRACCIÓN



De los 1965 sujetos, 241 menores cometieron la **infracción bajo el efecto de sustancias adictivas**, lo que representa el 12.3%. De acuerdo a las drogas relacionadas con la comisión de la infracción, encontramos como principales al alcohol con 32.4% de los casos, un 45.6% intoxicado con marihuana, el 7.9% con inhalables y el 8.7% con cocaína. (Gráfico nº 37).

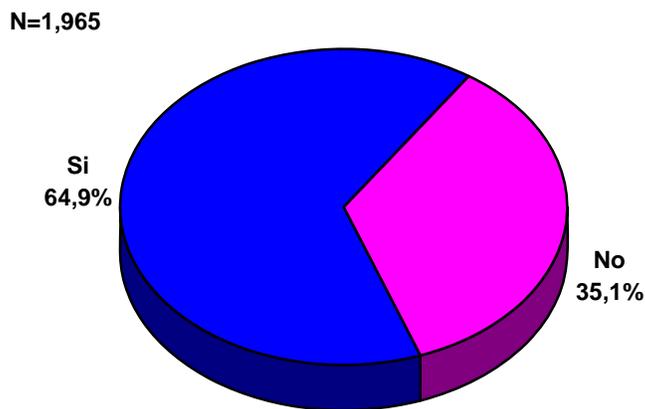
GRÁFICO 37: TIPO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS PARA COMETER LA INFRACCIÓN



Fuente: SISVEA 2005

De los 1,965 menores infractores en 1,275 casos, lo que representa un 64.9% fueron diagnosticados como **usuarios habituales de sustancias que causan adicción**. (Gráfico nº 38).

GRÁFICO 38: MENORES USUARIOS HABITUALES DE DROGAS



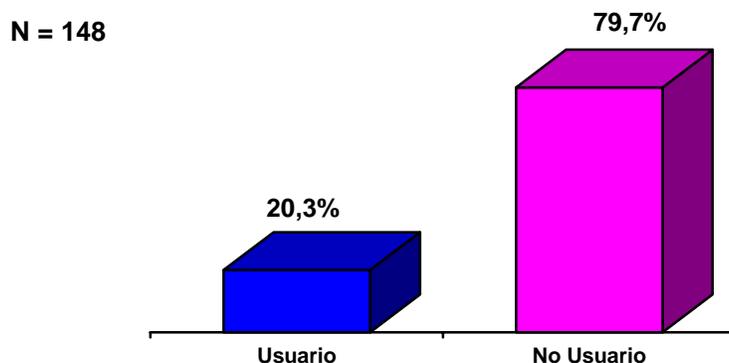
Fuente: SISVEA 2005

Las **sustancias consumidas con mayor frecuencia por los 1,275 sujetos** son la marihuana en un 81.2%, en segundo lugar encontramos a los inhalantes con el 34.5%, en tercero a la cocaína con 29.9%, el basuco en el 23.1%, los tranquilizantes son consumidos por el 4.8% y prácticamente no tenemos problema con el consumo de derivados de opio. El resto de otras sustancias consumidas se esquematizan en el siguiente cuadro. (Cuadro nº 20).

Cuadro 20: TIPO DE DROGA CONSUMIDA POR MENORES USUARIOS HABITUALES		
Tipo de droga	Número	Porcentaje
Alcohol	106	8.1
Marihuana	1035	81.2
Inhalables	434	34.5
Alucinógenos	13	0.3
PCP	1	0.1
Peyote	2	0.2
Hongos	6	0.5
Heroína	1	0.1
Opio/Morfina	2	0.2
Cocaína	381	29.9
Tranquilizantes	61	4.8
Tabaco	95	7.5
Psicotrópicos	116	9.1
Basuco	295	23.1
Éxtasis	97	7.6
Cristal	97	7.6
Flunitrazepam	1	0.1
Crack	19	1.5

Al realizar una comparación de los menores usuarios habituales de sustancias adictivas con aquellos que no las usan, encontramos algunas diferencias entre el tipo de familia tanto en su composición como en la actitud, como se observa en el **gráfico número 39**, 148 menores pertenecen a una **familia catalogada como funcional**, lo que corresponde al 7.5%, de ellos el 20.3% refiere ser usuario habitual de drogas, en comparación al 79.7% no son usuarios de sustancias adictivas y un poco más del 0.5% no se tiene información de la familia.

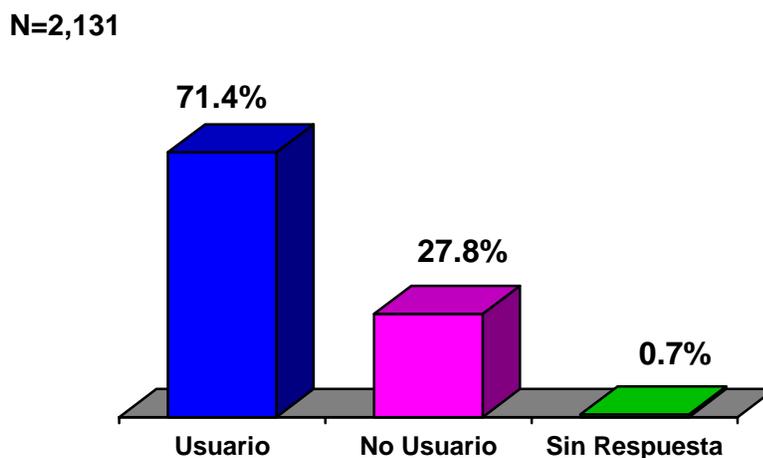
**GRÁFICO 39: MENORES INFRACTORES CON FAMILIA FUNCIONAL
SEGÚN USO HABITUAL DE DROGAS**



Fuente: SISVEA 2005

Los menores que viven en una **familia catalogada como de actividad disfuncional**, suman 1,807, de los cuales el 68.7% de ellos son usuarios de sustancias adictivas en contraste con los no usuarios que sólo se obtuvo un registro del 31.3%. **(Gráfico nº 40)**

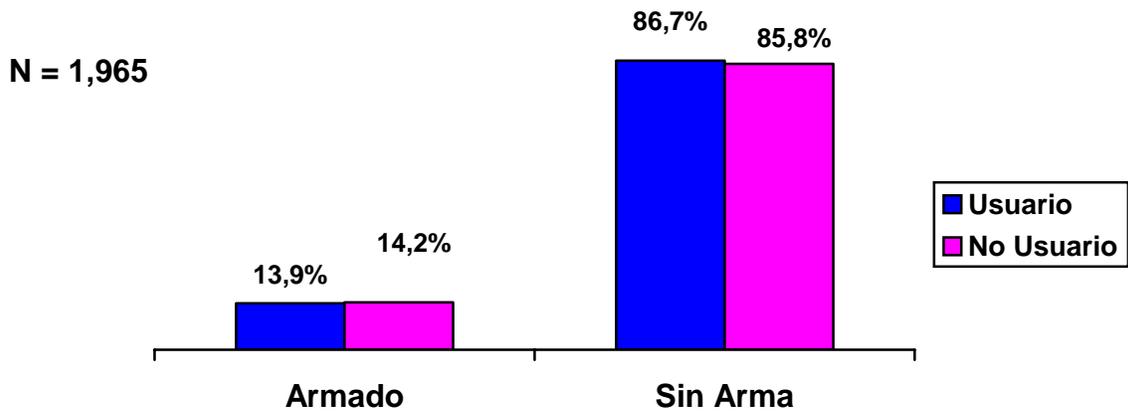
**GRÁFICO 40: USUARIOS HABITUALES DE DROGAS
SEGÚN FAMILIA DE TIPO DISFUNCIONAL**



Fuente: SISVEA 2005

Con relación al **uso de arma al cometer algún ilícito**, encontramos una mayor proporción del uso de éstas en aquellos que no son usuarios de drogas con el 14.2% a diferencia que en los usuarios se registró el 13.9%, aunque desde el punto de vista estadístico no sea una diferencia significativa. **(Ver Gráfico 41)**

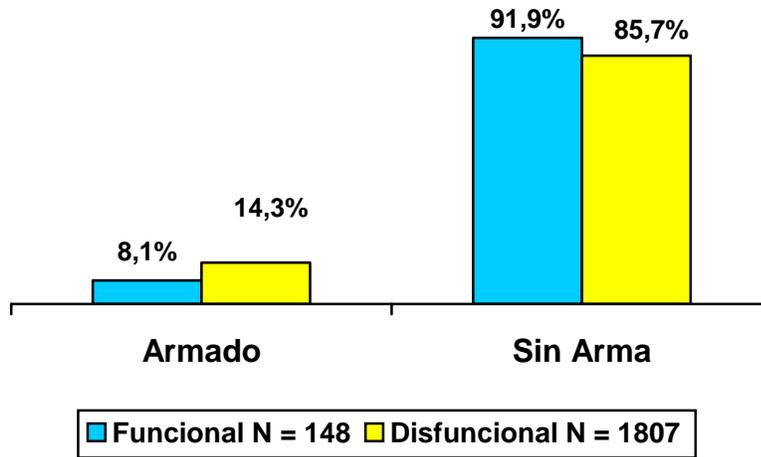
GRÁFICO 41: USO DE ARMAS Y SU RELACIÓN CON EL USO HABITUAL DE DROGAS.



Fuente: SISVEA 2005

Sin embargo, cuando comparamos a los menores que usaron algún arma para cometer la infracción y asociado al tipo de familia a la que pertenecen, encontramos importantes diferencias entre ambos grupos, puesto que de los 148 menores que pertenecen a una familia funcional, el 8.1% las utilizó y aquellos con una actitud familiar disfuncional encontramos que el 14.3% las utilizó, una proporción que duplica al otro grupo. (Ver Gráficos 42)

GRÁFICO 42: USO DE ARMAS, SEGÚN ACTITUD FAMILIAR.

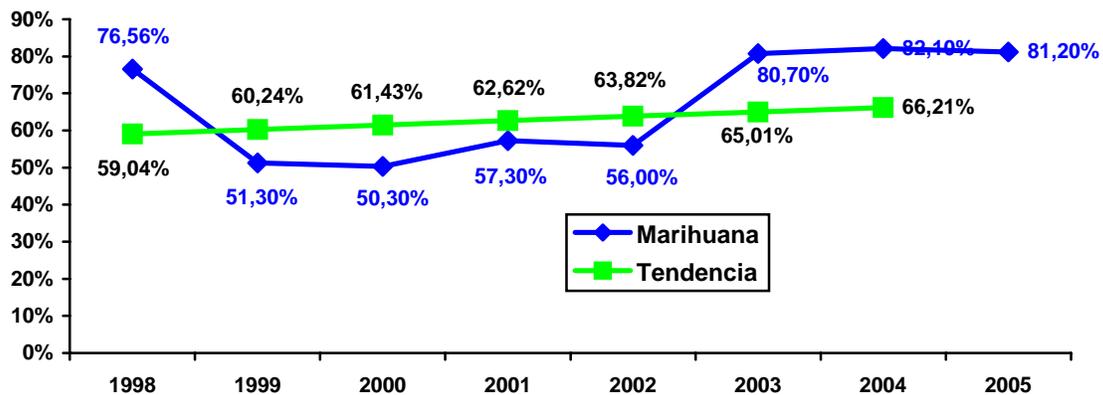


Fuente: SISVEA 2005

TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES POR MENORES INFRACTORES 1998 – 2005.

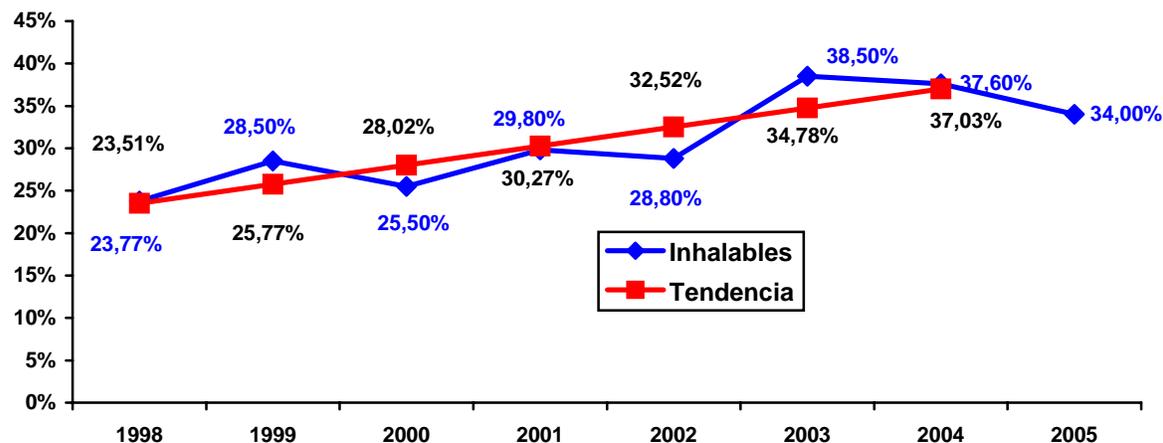
En el consumo de sustancias ilegales por menores infractores se ha observado un decremento en el uso **de marihuana**, pasando por el 76.5% en el año 1998 hasta el 56% en el 2002; sin embargo en el año 2004 nos encontramos con un ascenso en el consumo de esta sustancia llegando hasta el 82.1%; asimismo, los **inhalantes** han presentado un incremento gradual pasando del 23.7% hasta el 37.6% en el año 2004; en el 2003 observamos que la **cocaína** registra un ascenso similar a lo que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2002 registrando un 38.4%, elevándose del 16.1% en 1998 a un 49.6% para el 2003 y en el 2004 desciende hasta el 35.6%; con tendencia similar de ascenso se observan al grupo de los **tranquilizantes**, mostrando 2 picos de ascenso en el año 2001 y 2004. (Ver gráfico N° 43 - 46)

**GRÁFICO 43: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE MARIHUANA
POR MENORES INFRACTORES**



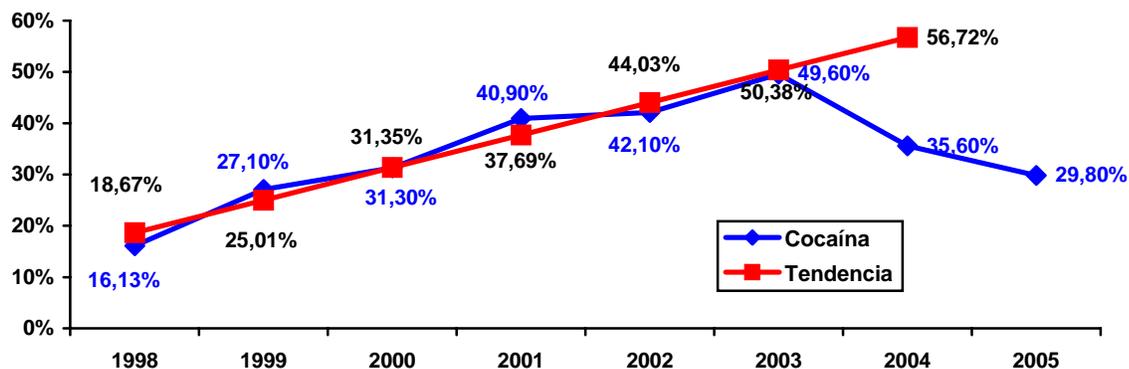
Fuente: SISVEA 2005

GRÁFICO 44: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE INHALABLES



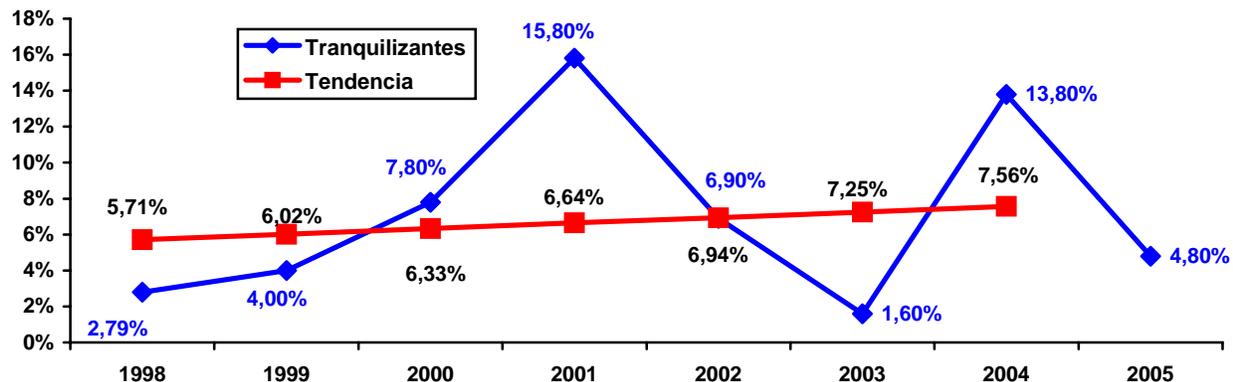
Fuente: SISVEA 2005

GRÁFICO 45: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE COCAÍNA



Fuente: SISVEA 2005

GRÁFICO 46: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES.



Fuente: SISVEA 2005

Durante estos últimos 6 años de registro, ha aparecido el uso de otras drogas en los menores infractores, como se observa en el gráfico número 18, los **alucinógenos** son sustancias que tendieron hacia la baja desde 1999 y para el año 2002 muestra un incremento en usuarios durante los últimos dos años. El **crack** muestra una mayor incidencia en el consumo durante el año 2004 con un 3.1% de los menores. **En lo que se refiere al cristal** se ha observado un aumento ligero de estas sustancias, las cuales deben de ser vistas cercanamente, porque en algunos años podrían ser drogas con un número importante de usuarios, aunque en el 2004 se registró un menor número de usuarios, así mismo no se registraron casos de usuarios de heroína durante el 2004. (Gráficos N° 47 - 50)

GRÁFICO 47: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS

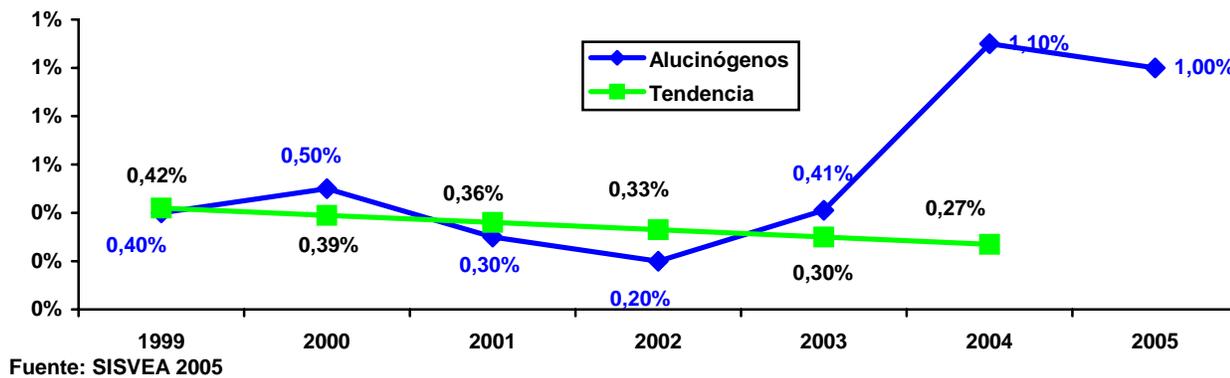


GRÁFICO 48: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRACK

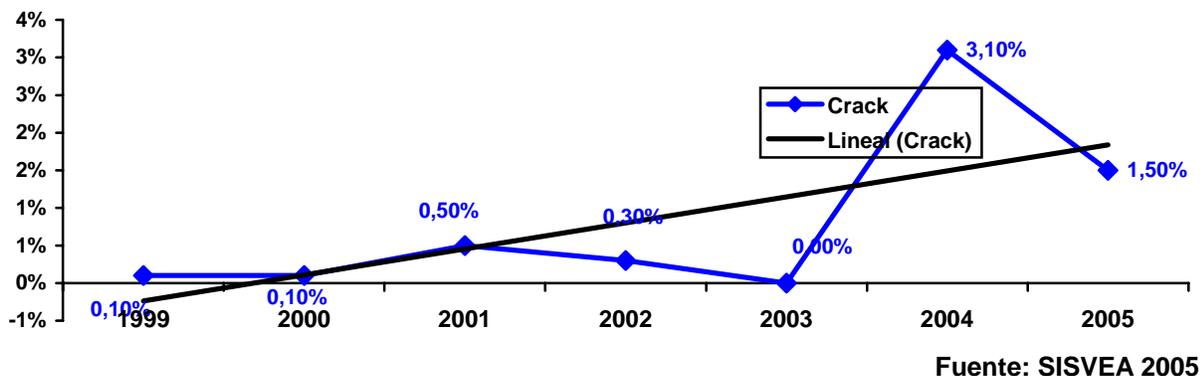
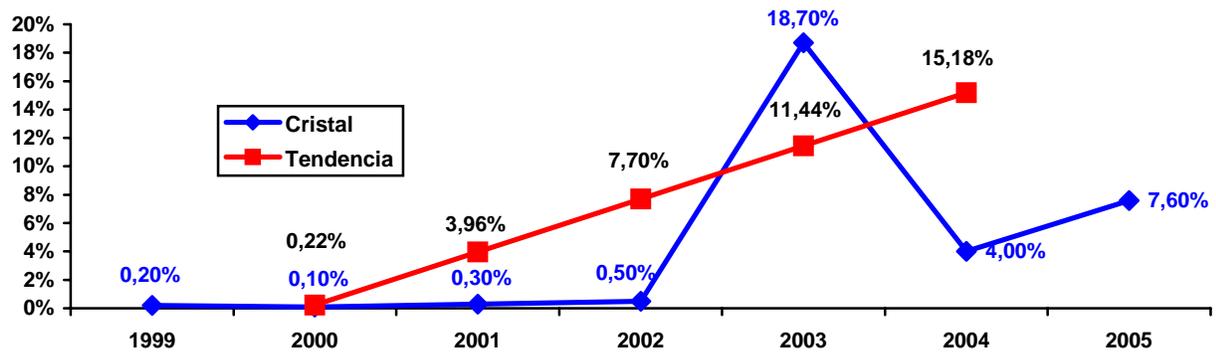
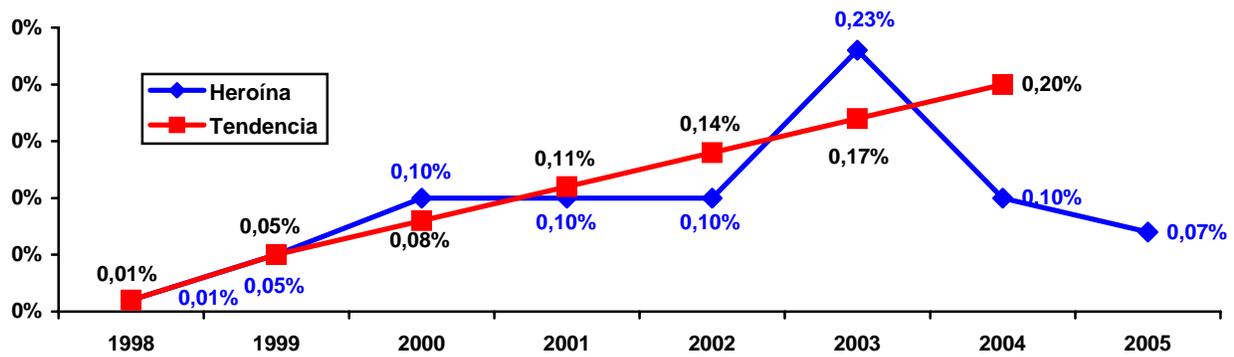


GRÁFICO 49: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRISTAL



Fuente: SISVEA 2005

GRÁFICO 50: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE HEROÍNA



Fuente: SISVEA 2005

CONCLUSIONES

- El sexo masculino es el de mayor ingreso a esta Institución con un 92%.
- La edad de mayor riesgo para cometer infracciones se encuentra entre los 15 a 19 años.
- El nivel de instrucción escolar para la mayoría de estos menores, es el de primaria con un 48.6%.
- El nivel socioeconómico bajo predomina en el 96% de los casos.
- El 92.4% proviene de una familia disfuncional y se caracteriza porque los menores tienen rasgos de conducta que manifiestan ansiedad en el 71.2% de ellos.
- El tipo de infracción cometida con mayor frecuencia por los menores, sigue siendo el robo con el 48.5% y el 65.3% comete la falta en la vía pública.
- El 14% de los menores utilizó algún tipo de arma para cometer la infracción, prevaleciendo en este orden las de tipo punzo cortante, contundente y arma de fuego.
- El 12.3% de estos menores cometió la infracción bajo el efecto de alguna droga.
- Las drogas de mayor consumo son la marihuana, la cocaína y los inhalantes.
- Durante el período comprendido entre los años de 1998 al 2003, se han incrementado los usuarios de cocaína, aunque en el 2004 se registró una ligera disminución.
- En este año se registra un considerable incremento en el uso de la marihuana.
- Los usuarios de sustancias adictivas tienen con mayor frecuencia una familia de tipo disfuncional y son maltratados.
- Los menores que no usan drogas, utilizan con mayor frecuencia algún arma prohibida para cometer la infracción, aunque la diferencia no es significativa entre ambos grupos.
- Los menores que pertenecen a una familia con actitud disfuncional, la utilización de armas es dos veces mayor que los que pertenecen a una familia funcional.
- En el consumo de marihuana y de inhalantes, la tendencia es hacia la alza en los últimos años.
- Aparecen el crack y el cristal con tendencias al incremento durante los últimos cinco años, sustancias que deben de tomarse en cuenta como drogas que están teniendo aceptación por los menores, en especial por los infractores.



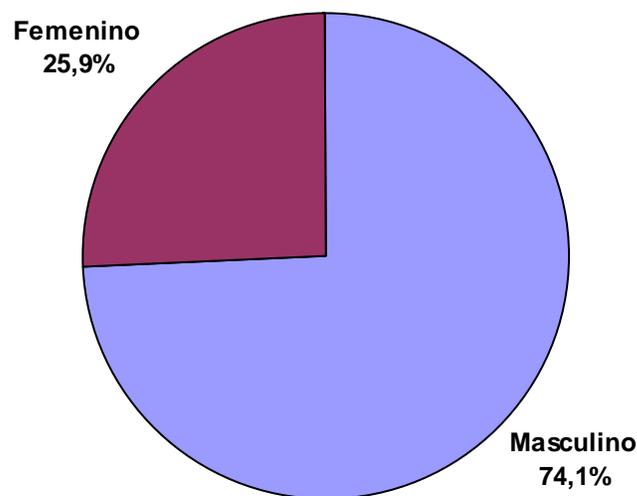
NIÑOS DE LA CALLE

NIÑOS DE LA CALLE

En este indicador estudiamos a **28 niños registrados** en las Instituciones siguientes: **Mairo Don Bosco y el Albergue Villas Miravalle del Desarrollo Integral de la Familia**. De acuerdo a su condición de marginación social se encuentran viviendo en la calle por no mantener ningún contacto con su familia fueron catalogados como **niños de la calle** y para aquellos que si tienen el contacto familiar, pero que por algún motivo se encuentran viviendo en la calle, se catalogaron como **niños en la calle**.

Analizamos en primera instancia lo relacionado al perfil sociodemográfico y en lo que se refiere a la **distribución por género** encontramos que el 74.1% pertenecen al sexo masculino y el 25.9% al femenino. (Gráfico nº 51).

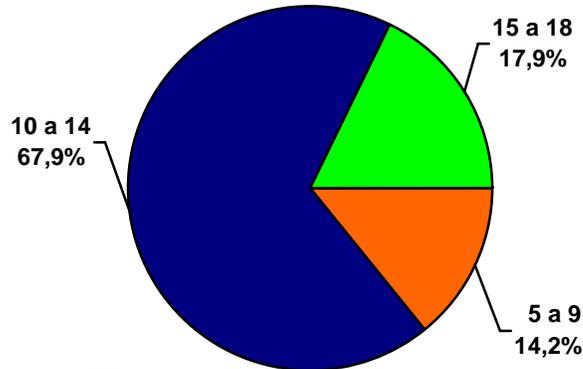
GRÁFICO 51: DISTRIBUCIÓN POR SEXO



En cuanto a los niños atendidos por las Instituciones antes mencionadas, con relación a **la distribución por grupos de edad**, encontramos por orden de frecuencia el 67.9%; al grupo de los 10 a 14 años; seguido por los menores de 5 a 9 años con el 14.3%; los de 15 a 18 años con el mismo valor porcentual de un 17.9%. (Gráfico nº 52).

GRÁFICO 52: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

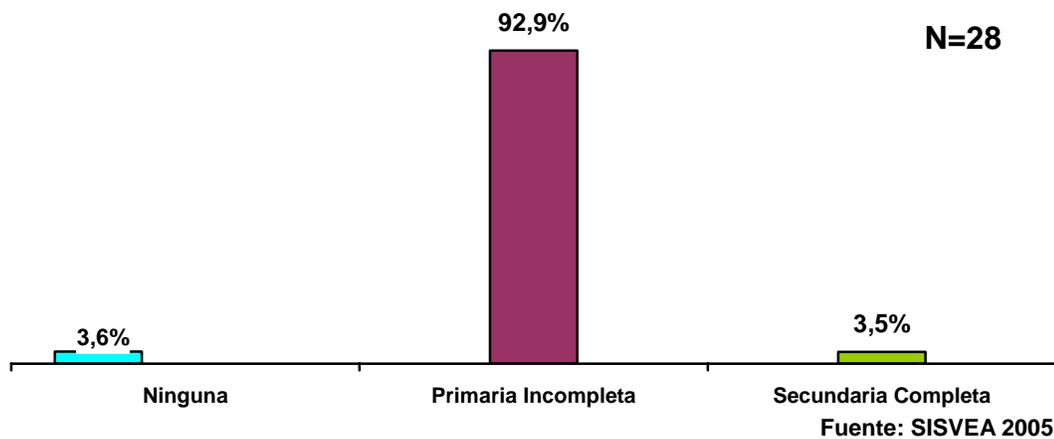
N=28



Fuente: SISVEA 2005

Con relación al **nivel de instrucción educativa** en esta población se registró una escolaridad baja, ya que encontramos que el 92.9% aún no ha concluido o está trunca su educación primaria; el 3.6% no ha tenido la oportunidad de asistir a un plantel escolar por lo que se encuentran en un estado de analfabetismo y el 3.5% refiere no haber terminado aún la secundaria. **(Gráfico nº 53).**

GRÁFICO 53: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LOS NIÑOS

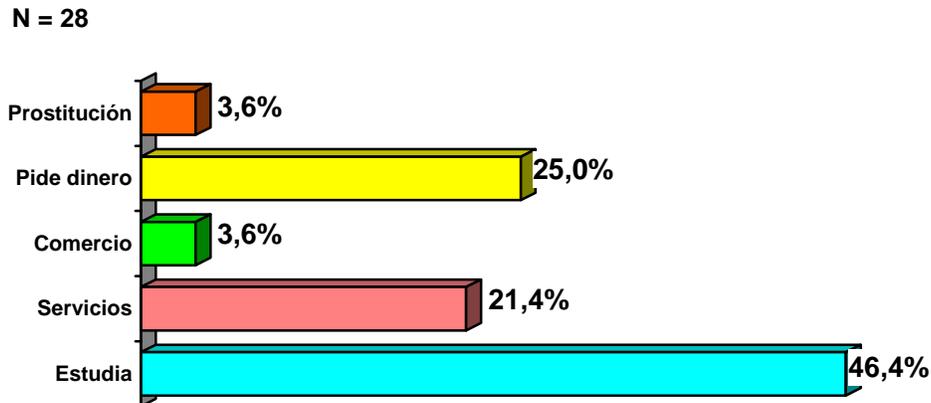


Fuente: SISVEA 2005

En referencia al **estado civil** en todos los casos respondieron estar solteros, sin embargo el 3.3% refiere ser padre de familia, aunque en ningún caso se identifica que ejerzan la paternidad.

En cuanto a **la actividad laboral** que desarrollan con mayor frecuencia estos menores, el 46.4% manifiesta estar estudiando dentro de las instalaciones de la Institución; el 21.4% ofrece algún tipo de servicio; el 25% se dedica a pedir dinero; el 3.6% al comercio de tipo informal, corresponde a la prostitución el 3.6%. **(Gráfico nº 54)**

**GRÁFICO 54: ACTIVIDAD LABORAL
DESEMPEÑADA POR LOS MENORES**



Fuente: SISVEA 2005

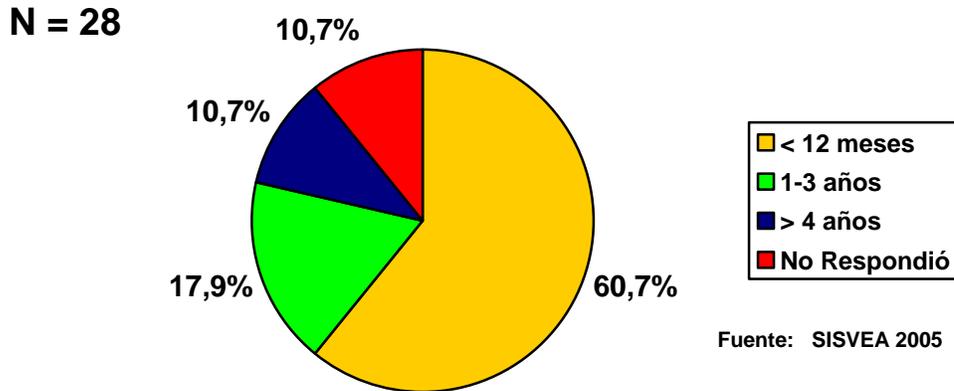
El área más frecuente en que desarrollan su actividad laboral son los cruceros en la vía pública con el 35.7%; el 32.1% desarrolla su trabajo en los lugares públicos cerrados y el 14.3% en lugar público abierto.

De los lugares de nacimiento de los niños atendidos en estas Instituciones el 78.6% son de Jalisco y se registraron 6 casos de otros Estados: como son en Aguascalientes, Distrito Federal, Michoacán, Oaxaca, Sonora y Zacatecas con un menor de cada Entidad, lo que le corresponde un 3.6% para cada uno de ellos. El 28.6% acepta no tener ningún tipo de contacto con su familia.

Dentro de las actividades que realizan en las cuales es necesaria cierta responsabilidad, el 26.8%; indica que ha sido la actividad remunerada aunque de tipo informal, el 35.7% ha sido mientras asistieron al plantel escolar y el 10.7% ha estado cuidando algún familiar.

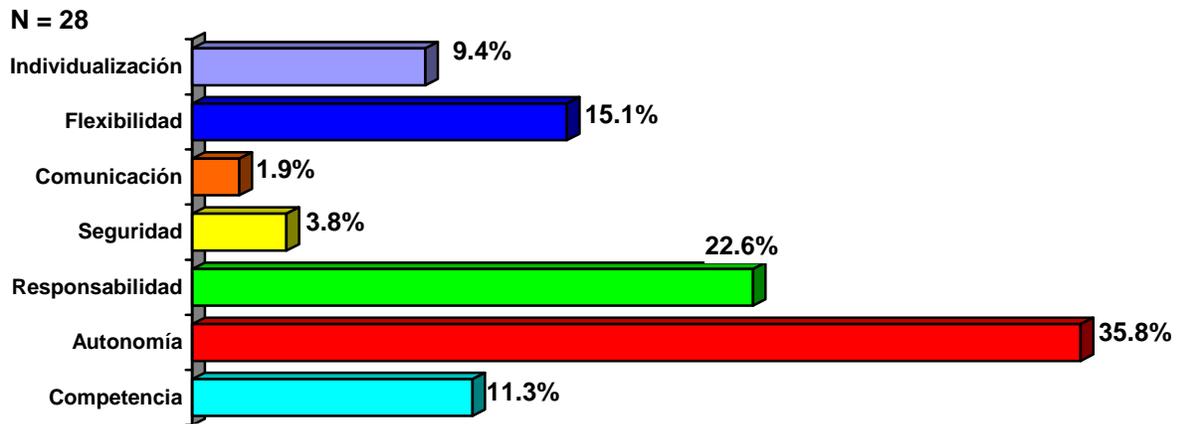
Con relación al **tiempo que tienen de vivir en la calle** el 60.7% de los niños refieren que tienen menos de 12 meses; el 17.9% entre 1 a 3 años y el 10.7% ha estado en la calle por lo menos 4 años. **(Gráfico nº 55).**

GRÁFICO 55: TIEMPO DE VIVIR EN LA CALLE



Los rasgos de conducta que presentan estos menores son: de competencia el 11.3%; un 35.8% actúa con autonomía; otro 15.1% muestra flexibilidad; el 9.4% individualiza; un 22.6% tiene una actitud de responsabilidad; el 1.9%; ha desarrollado habilidades de comunicación y sólo el 3.8% actúa con seguridad. (Gráfico nº 56)

GRÁFICO 56: RASGOS DE CONDUCTA



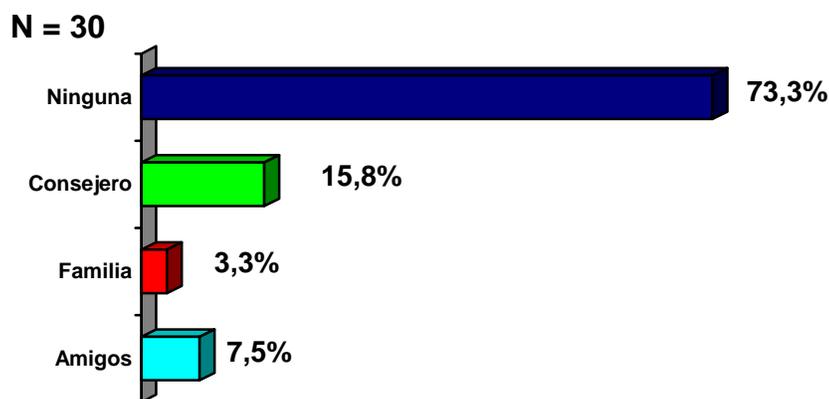
Fuente: SISVEA 2005

De las situaciones que motivan a que los niños prefieran vivir en la calle el 39.3% por sufrir maltrato físico; el 50% por la búsqueda de la libertad y por pobreza el 42.8%; el 14.3%; por tener un padre sustituto; el 10.7% por tener madre sustituta; el 7.1% por tener una madre que consume drogas así como por violación; el 3.6% por consumo de drogas por parte del padre. (Cuadro nº 21).

Cuadro 21: MOTIVOS PARA VIVIR EN LA CALLE	
Motivo	Porcentaje
Maltrato físico	39.3
Padre sustituto	14.3
Madre sustituta	10.7
Padre usa drogas	3.6
Libertad	50
Salirse de estudiar	0
Pobreza	42.8
Violación	7.1
Abuso sexual	0
Madre usa drogas	7.1
Otras	7.1

Cuando los **niños tienen algún problema** y sienten la necesidad de acercarse a alguna persona para intentar resolverlo en el 73.3% de ellos no tiene con quien sentirse apoyados; un 15.8% acude con su consejero; con algún familiar el 3.3%; el 7.5% busca la solución con los amigos y sólo el 0.4% lo busca en la pareja. **(Gráfico N° 57).**

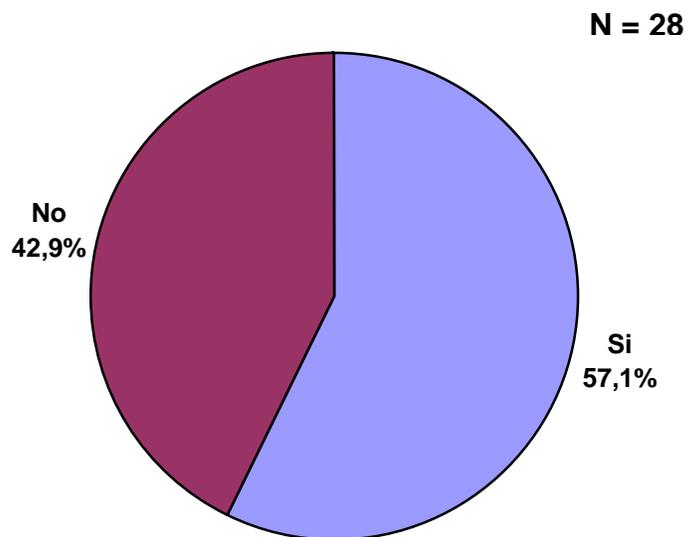
GRÁFICO 57: ¿A QUIÉN ACUDE EL NIÑO CUANDO TIENE PROBLEMAS?



Fuente: SISVEA 2005

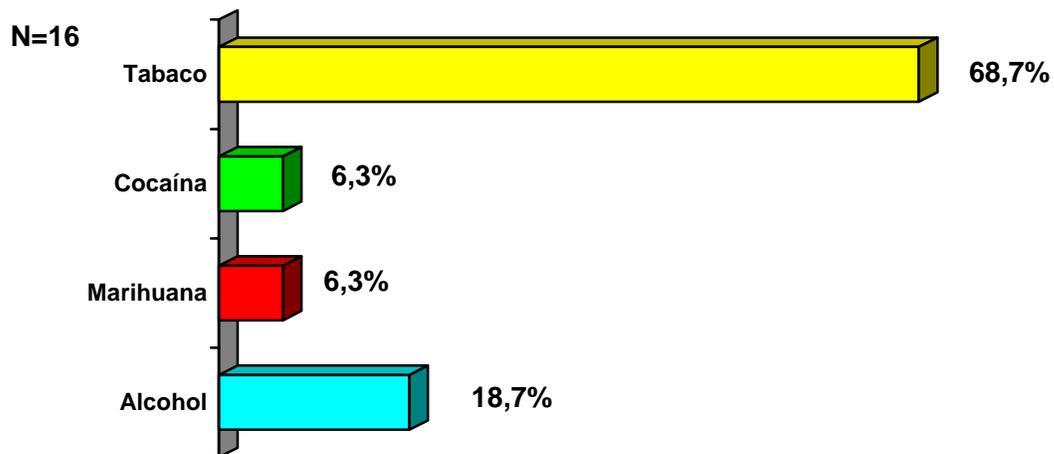
Al cuestionar sobre el consumo de drogas, encontramos a 16 niños (57.1%) que aceptaron haber consumido alguna droga, siendo las **drogas de primer contacto** el tabaco y el alcohol con un 68.7% y 18.7% respectivamente; la marihuana y la cocaína con 6.3% para cada uno. **(Gráfico N° 58 y 59).**

GRÁFICO 58: USUARIOS DE DROGAS



Fuente. SISVEA 2005

GRÁFICO 59: DROGA DE PRIMER CONTACTO EN NIÑOS DE LA CALLE

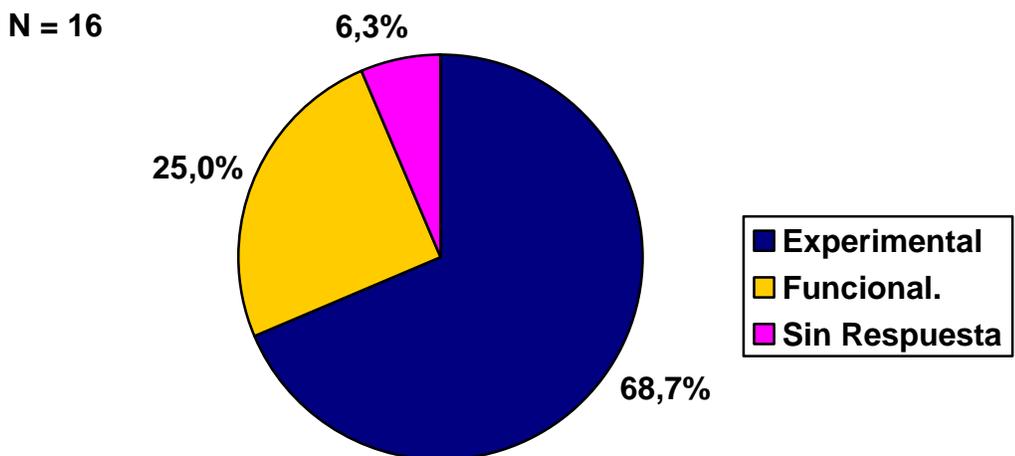


a

Fuente: SISVEA 2005

En cuanto al **nivel de consumo** en este grupo de menores el 68.7% se diagnosticó como experimental y como usuario funcional un 25%. **(Ver gráfico nº 60).**

GRÁFICO 60: NIVEL DE CONSUMO DE DROGAS.



Fuente: SISVEA 2005

Los **motivos por los que los niños utilizan drogas** son por gusto en el 29.6% de los casos; en un 33.3% por curiosidad; el 25.9% por imitación de una conducta y un 3.7% para distraerse. **(Cuadro nº 22).**

Cuadro 22: MOTIVOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	
Motivo	Porcentaje
N = 16	
Imitación	25.9
Curiosidad	33.3
Distracción	3.7
Gusto	29.6
Otras	7.4

Como podemos observar en el **cuadro nº 23** en este grupo infantil de riesgo, encontramos como **drogas de mayor consumo** que el 21.9% consume alcohol; un 18.8% usa tabaco; la marihuana la usa el 15.6% y con un 12.5% para inhalantes, cocaína y crack.

Cuadro 23: DROGAS DE MAYOR CONSUMO	
Tipo de Droga	Porcentaje
Alcohol	31.2
Marihuana	37.5
Inhalantes	25.0
Cocaína	25.0
Tranquilizantes	6.1
Tabaco	87.5
Basuco	6.2
Cristal	18.7
Crack	12.5

CONCLUSIONES

1. La mayor proporción de los niños que se encuentran en condiciones de ser denominados como niños de la calle pertenecen al sexo masculino, ya que por cada mujer se registraron en promedio a 2.5 varones.
2. El grupo de edad más vulnerable para vivir bajo estas circunstancias difíciles se encuentra entre los 10 y 14 años con el 67.9%.
3. La gran mayoría de menores tienen un nivel de instrucción baja, ya que el 92.9% de los menores no ha concluido su educación primaria y el 3.6% no ha asistido a un plantel escolar.
4. El 3.3% de los menores refieren ser padres de familia, aunque no tienen la madurez, ni la responsabilidad de la paternidad.
5. La actividad laboral mayormente realizada para la obtención de recursos económicos, es el ofrecimiento de algún tipo de servicio o bien al comercio informal.
6. El 46.4% de los niños estudia dentro del albergue.
7. El 28.5% de los menores no tiene ningún contacto con la familia.
8. El 70.4% de los niños refirió estar viviendo en la calle por lo menos un año.
9. Los principales motivos por los cuales prefieren vivir en la calle son para evitar el maltrato físico, tratar de conseguir algún dinero y de alguna forma disminuir su pobreza y por buscar libertad.
10. El 46.6% de los niños que se encuentran en estas condiciones han consumido drogas.
11. Las sustancias adictivas de primer contacto que predominan son de tipo legal como el tabaco y el alcohol, dentro de las ilegales fueron la marihuana y la cocaína.
12. Las drogas de mayor consumo son el alcohol, el tabaco, la marihuana, los inhalantes, la cocaína, el crack y con un porcentaje menor, aparece el basuco con 3.6%.
13. La mayoría de los niños consumen drogas por curiosidad, por gusto y por imitación.

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

Alcohol:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Alcohol Etílico.

Especies:

Destilados y fermentados (Cerveza, Ron, Brandy, Alcohol puro, etc.).

Marihuana:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central (Alucinógeno).

Compuesto Activo:

Delta 9 Tetrahidrocannabinol (9THC)

Especies:

Cannabis Sativa, Cannabis Erratic, Cannabis Índica, Cannabis Rudelaris.

Inhalantes y Solventes:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Adhesivos:

Compuestos Activos:

Acetato de Etileno, Acetona, Epoxi, Hexano, Estireno-Butadieno, Gasolina, Poliestireno, Tetracloroetileno, Tolueno, Toluol, Tricloroetileno.

Aerosoles:

Compuestos Activos:

Butano, Dimetil-Éter, Fluorocarbonos, Hidrocarburos, Hidrofluorocarbonados, Propano, Tricloroetano.

Anestésicos:

Compuestos Activos: Cloroformo, Cloruro de Etilo, Enflurano, Éter, Halotano, Óxido Nitroso.

Solventes y Gases.

Compuestos Activos:

Acetona, Acetato de Etilo, Acetato de Metilo, Bromoclorodifluoroetano, Butano, Cloruro de Metilo, Destilados del Tricloroetano, Isopropano, Tolueno.

Limpiadores:

Compuestos Activos:

Clorohidrocarburos, Destilados del Petróleo, Tetracloroetileno, Tricloroetileno, Tricloroetano, Xileno.

Alucinógenos:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Antihistamínicos:

Compuestos Activos:

Astemizol, Bromfeniramina, Clemastina, Clorferinamina, Cromoglicato, Feniramina, Loratadina, Pirilamina, Terfenadina.

Otros:

Dietilamida del ácido lisérgico, Dietilriptamina, Dimetilriptamina, Dimetoxianfetamina, Fenciclidina, Feniletilamina (mezcalina), Psilocabina, Psilocina, Bufotenina

Heroína:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

3-6 Diacetilmorfina.

Opio o Morfina y Derivados:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:

Morfina y Opio.

Derivados de la Morfina:

Compuestos Activos:

Alfentanil, Buprenorfina, Butorfanol, Codeína, Dextropropoxifeno, Fentanil, Hidromorfina, Meperidina, Metadona, Nalbufina, Oximorfina, Pentazocina, Propoxifen, Tramadol y Difenoxilato.

Tranquilizantes:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Benzodiazepinas:

Compuestos Activos:

Acción Prolongada:

Clordiazepoxido, Diazepam, Flunitrazepam, Clonazepam, Pralidoxima, Clorazepato, Pralidoxima y Halazepam.

Acción Intermedia:

Oxazepam, Lorazepam, Temesepam, Alprazolam.

Acción Corta:

Midazolam, Triazolam.

Barbitúricos:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:

Amobarbital, Apobarbital, Fenobarbital, Secobarbital, Talbutal, Tiopental.

Otros Compuestos Activos:

Hidrato de Cloral, Etclorvinol, Etinamato, Etomidato, Glutemida, Meprobamato, Metiprilon, Paraldehido.

Gamahidroxitirato.

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo.

Gamahidroxitirato.

Anfetaminas:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:

Metilfenidato, Benzedrina.

Sustancias Anoréxicas:

Compuestos Activos:

Anfepramona, Atropina, Benzetamina, Bromelina, Clobenzorex, Dextrofenfluramina, Dietilpropion, Fendimetrazina, Fenfluramina, Femproporex, Fentermina, Mazindol, Metilfenidato, norpseudoefedrina, Propilhexedrina.

Anticolinérgicos:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:

Aloína, Atropina, Belladona, Boldo, Datura, Difenoxilato y Mandrágora.

Antiespasmódicos:

Compuestos Activos:

Bromuro, Butilioscina, Clidinio, Diccloverina, Etomidolina, Floroglucinol y Fenoverine, Hioscina, Metamizol, Pargeverina, Pinaverio, Pipenzolato, Prifinio, Ropifenazona, Trimebutina.

Antiparkinsonianos:

Compuestos Activos:

Biperideno, Bromocriptina, Carbidopa, Dopamina, Levodopa, Pergolida y Trihexifenidilo.

Cocaína:

Efecto.

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:

Clorhidrato de Cocaína, Sulfato de Cocaína.

Tabaco:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Nicotina.

Antidepresivos:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Antidepresivos tricíclicos y otras sustancias:

Compuesto Activo:

Ademetionina, Amitriptilina, Amoxapina, Citalopram, Clomipramina, Esipramina, Fluoxetina, Fluvoxamina, Hipericum, Imipramina, Litio, Maprotilina, Meclobemida, Mianserina, Nefazodona, Nortriptilina, Paroxetina, Sertralina, Sulpiride, Taneptina, Enlaxina.

Iminoestilbenos:

Compuesto Activo:

Carbamacepina.

Fenitoínas:

Compuesto Activo:

Fenitoina.

Valproico:

Compuesto Activo:

Valproico Ácido.

Otros Psicotrópicos:

Efectos:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Pasta Base: (Basuco)

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Benzoilmetilecgonina.

Metanfetaminas (Cristales):

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Metilendioximetanfetamina (MDMA) (Éxtasis).

Flunitracepam:

Efecto:

Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Flunitracepam.

Crack:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Benzoilmetilecgonina.

Refractyl Ofteno:

Efecto:

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:

Antimuscarínico

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abstemio:

(Del lat. abstemius; de abs priv. y del lat. tenum, vino) adj. Y s. Que se abstiene del vino y en general de todo licor alcohólico. Enófobo.

Abstinencia:

(Del lat. abstinencia), f. A., Abstinenz; F. e In., Abstinente. It., abstieneza. Privación voluntaria de la satisfacción de apetitos. (Fenómenos o síntomas de). Fenómenos producidos por la cesación más o menos brusca de una sustancia de uso habitual como el alcohol, la morfina, etc.

Abuso:

Hábito desadaptativo diferente al que se produce en el caso de dependencia, se caracteriza por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el sujeto está conciente de tener un problema causado o desencadenado por su consumo y pone en peligro su integridad psicofísica.

Abuso:

(Del lat. abusus) m. Uso exagerado de una sustancia o de un medicamento, que puede convertirse en causa nociva, como abuso de alcohol, tabaco, de los vinos espirituosos, etc.

Abuso de una Droga:

Es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual.

Acusma:

(Del gr. Akousma). F. Alucinación acústica; ruidos subjetivos. Acúfeno, fonema.

Adaptación:

(Del lat. ad. A y aptare, acomodar) F. A., Anpassung; F. e In., adaptation; It., Adattamento; P., adaptacao). Ajustamiento de un organismo al ambiente. Disminución de la frecuencia de impulsos de la actividad refleja cuando se repiten varias veces a estímulos sensoriales.

Adolescencia:

(Del lat. adolescentia), f. A., Adoleszenz; F. e In., adolescente. It., adolescenza; P., adolescencia. Época que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el cuerpo ha adquirido toda su madurez física.

Adormidera:

Planta papaverácea (Papaver somniferum) cuyas cápsulas sin madurar, suministran el opio. De las semillas se obtiene un aceite fijo.

Adrenalina:

F., Adrenalín; F., adrénaline; In. Adrenalin; It. Y P., adrenalina. Principio activo de la médula de las cápsulas suprarrenales. En su forma pura es un polvo cristalino, C₆H₃(OH)CHOHCH₃NHCH₈, o Dioxifeniletanolametilamina. Se emplea generalmente el

clorhidrato. Obra esencialmente excitando las terminaciones nerviosas del simpático en todos los órganos; inyectado en las venas aumenta la presión arterial y refuerza la acción cardíaca: dilata la pupila y los bronquios e inhibe los movimientos intestinales y las contracciones del útero. Localmente tiene acción hemostática e isquemante poderosa. Sinónimos: Adrenina, adnefrina, epinefrina, paranefrina, supracapsulina, suprarrenina, suprarrenalita, etc.

Adrenérgico:

Adj. A., adrenergisch; F., adrénérgique; In., adrenergic; It., adrenérgico; P., adrenérgico. Activado o transmitido por la adrenalina; se aplica a las fibras nerviosas y algunas drogas de abuso de tipo excitativo.

Adicción:

Es la necesidad que desarrolla un organismo de una situación, un objeto, o de consumir una sustancia para experimentar sus efectos y de cuya presencia física depende para seguir funcionando.

Adicción a Drogas:

Estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una sustancia (natural o sintética).

Adicto:

Persona adicta, dependiente de una o más sustancias.

Alcohol:

Es un fármaco depresor, como tal inhibe y retarda las acciones del sistema nervioso central.

Alcohol etílico o etanol:

Es un depresor primario del Sistema Nervioso Central.

Alcaloide:

(De álcali) y del gr. eidos, aspecto). Sustancias orgánicas de origen vegetal, que poseen propiedades básicas y que forman ácidos sales cristalizables. Desde el punto de vista químico son derivados de la piridina, quinoleína, pirimidina, y en su mayoría, compuestos cuaternarios. El término se aplica también a las sustancias obtenidas por síntesis.

Alcoholemia:

(De alcohol y del gr. Haima, sangre) Presencia de alcohol en la sangre.

Alcoholisis:

F. lisis o desintegración del alcohol.

Alcoholización:

f: A., Alkoholiserung; F., alcoholisation. Tratamiento por la aplicación o inyección de alcohol, especialmente en las neuralgias o síndrome de supresión.

Alcoholofilia o alcoholomanía:

(De alcohol y del gr. philía amistad, o manía, locura). Apetito morboso por las bebidas alcohólicas.

Alcohólico:

Persona que sufre de alcoholismo o síndrome de dependencia del alcohol.

Alcoholismo:

Síndrome de dependencia del alcohol. Enfermedad crónica que consiste en el desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto en que se excede de lo que está socialmente aceptado y llega a interferir con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo.

Alucinación:

(Del lat. alucinatio, onis)). F. A., Halluzination. Error mental en la percepción de los sentidos no fundado en una realidad objetiva, percepción imaginaria (táctil, visual, auditiva, olfatoria o gustativa) sin causa exterior. Percepción sin estímulo externo que puede ocurrir en todos los campos sensoriales: auditivo, visual, olfatorio, gustativo y táctil (ver, oír, gustar, y tocar cosas que no existen en la realidad).

Alucinógenos:

También llamados psicométicos, psicoticométicos, psicodislépticos y psicogenéticos. Son sustancias que en el cerebro del sujeto crean alucinaciones, visiones y otras imágenes que no existen en la realidad (LSD, mezcalina, marihuana).

Alucinosis:

f. A., Halluzinose, F., hallucinose, In., hallucinosis. It. Allucinosi, P., alucinose. Psicosis caracterizada por alucinaciones, delirio alucinatorio crónico, síndrome generalmente múltiple, observado sobre todo en el alcoholismo, en el que las alucinaciones se asocian con ideas de persecución. Cuadro observado tras haber tomado sustancias alucinógenas (marihuana, LSD, morfina, cocaína, etc.) o como resultado de una autointoxicación (uremia, exicosis, etc.).

Analgésico:

Droga que alivia el dolor.

Anfetamina:

Sustancia *estimulante* del sistema nervioso central (SNC). Las sales más comunes derivadas de esta droga son: el sulfato de amfetamina, el sulfato de dextroamfetamina y el hidrocloreuro de metanfetamina (todas son estimulantes del SNC).

Anfetaminas:

Pertenecen al grupo de los estimulantes del sistema nervioso. Por lo tanto, aceleran la actividad mental y producen estados de excitación. Además, reducen el apetito. Por ello, las amfetaminas se usan a veces como medicamentos para tratar la obesidad y algunos casos de depresión mental menor.

Amanita:

Género de hongos que comprende algunas especies muy venenosas como la Amanita Muscaria, A. Phalloides, etc.

Amanitina:

f. Nombre de algunos principios tóxicos obtenidos de hongos del género Amanita, especialmente de uno idéntico a la colina.

Amanitohemolisina:

Glúsido altamente hemolítico que se encuentra en los hongos del género Amanita.

Amanitotoxina:

F. Principio venenoso o toxina de la Amanita Phalloides, Difiere de la falina en que es más resistente al calor y a la acción de la pepsina y de la pancreatina.

Amapola:

Planta anual de la familia de las papaveráceas (Papaver rheas) cuyos pétalos se emplean en infusión como diaforéticos y ligeramente calmantes. Es una de las cuatro flores béquicas.

Amina:

F. A., Amin. F, e In., amine. Miembro de un grupo de compuestos químicos formados del amoniaco por sustitución de uno o más átomos de hidrógeno por el radical NH₂. Se denominan monoamina, diaminas, triaminas, según sean uno, dos o tres átomos sustituidos.

Anestésico:

(Adj. A., Narkosemitte). Insensible al tacto o al dolor. m. Agente o sustancia que produce anestesia.

Ansia:

(del lat. anxia. F. de anxius, angustiado). f. Congoja, aflicción.

Ansiedad:

Sensación de temor, depresión o inquietud que surge de anticipar un peligro cuyo origen se desconoce y no se comprende. La angustia se distingue del miedo por que este último sí tiene una causa conocida: se tiene miedo a los animales, a estar solo, a ciertas personas, etc.

Ansiolítico:

Psicofármaco utilizado para reducir la ansiedad.

Ansiolíticos o Timolépticos:

En el individuo normal producen mejoría en los estados depresivo-patológicos sin ser estimulantes. Eso lo diferencia de los neurolépticos, de los sedantes y los tranquilizantes. Desarrollan más selectivamente y de manera directa, un efecto regulador sobre el humor (benzodiacepinas, meprobamatos, clordiazepóxido, metacualona).

Antidepresores:

Tienen también una función establecida en el tratamiento de los trastornos graves de ansiedad, incluso en síndrome del pánico y la agorafobia, así como la enfermedad obsesiva-compulsiva. Los primeros antidepresores que mostraron eficacia fueron imipramina, amitriptilina, sus derivados y otros compuestos semejantes. Está bien establecida su eficacia para aliviar la depresión mayor y está creciendo su apoyo en su empleo en otros trastornos psiquiátricos.

Antipsicóticos, Neurolépticos:

Tranquilizantes mayores (reserpina, fenotiazina, haloperidol) tienen las siguientes características: Crean un estado de diferencia o desinterés psicoafectivo. No poseen empleados en dosis usuales, una verdadera acción narcótica. Son eficaces en los estados de excitación, agitación psicótica y ansiedad. Reducen la impulsividad y la agresividad. Enmiendan los procesos psicotrópicos de las psicosis aguda, crónica y experimental. Producen manifestaciones de origen vegetativo y extrapiramidal. Su acción dominante sería extracortical. No producen dependencia.

Barbitúricos:

Pertencen al grupo de medicamentos popularmente conocidos como "pastillas para dormir". Se trata de sustancias cuya función principal es la de deprimir las funciones del sistema nervioso central. Los barbitúricos se producen en forma sintética. Los barbitúricos deprimen con carácter reversible la actividad de todos los tejidos excitables. El sistema nervioso central es particularmente sensible, e incluso cuando se administran en concentraciones anestésicas, son débiles los efectos directos sobre los tejidos periféricos excitables. Sin embargo en caso de intoxicación aguda por barbitúricos sobreviene déficit en las funciones cardiovasculares y periféricas de otras clases.

Barbiturismo:

M. A., Barbiturismus. Intoxicación aguda o crónica por los barbitúricos.

Benzodiacepinas:

Familia de *psicofármacos* llamados también "tranquilizantes menores", que se prescriben con frecuencia en casos de *ansiedad* e *insomnio*.

Cafeína:

Sustancia estimulante que se encuentra en el café, el té y los refrescos de cola. Es probablemente la droga más popular del mundo.

Cafeísmo:

Estado morboso o intoxicación por abuso de café.

Canabina o cannabina:

Nombre de una resina, de un alcaloide hipnótico de un glucósido de la Cannabis Indica.

Canabinol:

Esencia, derivada de cannabis; parece ser el principio más activo del cáñamo y el componente más eficaz del hachís.

Canabinomanía:

Canabismo, consumo habitual de cannabis.

Canabinismo:

Estado morbooso o intoxicación producida por el abuso de cannabis, marihuana o hachís.

Cannabis sativa:

Variedad de cáñamo de cuyas hojas se obtiene la *marihuana*. Su resina recibe el nombre de “hachís” o “hashish”.

Catecolaminas:

Nombre genérico de las aminas derivadas del catecol o 1,2 bencenodiol, las más importantes son la adrenalina y noradrenalina y su predecesor la DOPA (dehidrofenilalanina) de acción simpaticomimética.

Cocaína:

Droga estimulante que proviene de una planta cultivada en algunos países de América del Sur, principalmente en Perú y Bolivia *eritropsilon coca*. Esta planta requiere un clima templado y húmedo. Alcanza una altura de cerca de un metro y medio. Las hojas son lisas y de forma oval y crecen en grupos de siete en cada tallo.

Codeína:

Se obtiene en su mayor parte de la morfina. Su poder adictivo es mucho menor que el de las drogas anteriores y debe tomarse en grandes cantidades y durante mucho tiempo para causar dependencia. Puede ingerirse o inyectarse. Se presenta en forma de polvo blanco o de tabletas. Como medicamento, la codeína se emplea extensamente en forma de jarabes y tabletas para suprimir la tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus efectos analgésicos son diez veces menores que los de la morfina.

Consumo de sustancias psicoactivas:

Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

Crack:

Droga estimulante derivada del clorhidrato de *cocaína* que habitualmente se fuma.

Craving:

Se refiere al anhelo fuerte, intenso e irreprimible (la mayor parte de las veces), de consumir psicotrópicos u otras sustancias. Esta condición exhibe la pérdida del control sobre el consumo.

Delirio:

Trastorno de las facultades mentales, con alteración de la moral o sin ella, que se manifiesta por lenguaje incoherente, excitación nerviosa e insomnio.

Delirio tóxico:

Estado de confusión agudo con *alucinaciones, delirios, agitación y paranoia*, provocado por la ingestión de una o más sustancias.

Delirium tremens:

Trastorno mental caracterizado principalmente por la incapacidad para percibir la realidad; confusión, *alucinaciones*, angustia, temblor generalizado, sudación excesiva, deshidratación y en ocasiones, convulsiones. Se presenta en los alcohólicos crónicos de uno a tres días después de que dejan de beber abruptamente.

Demencia:

Estado de alineación caracterizado por la pérdida o disminución de la mente, de ordinario en correspondencia con lesiones anatómicas de naturaleza destructiva, focales o difusas.

Dependencia cruzada:

La capacidad farmacológica de un agente o clase de sustancias para suprimir las manifestaciones del síndrome de abstinencia, de otras sustancias o clases y mantener el estado físico del dependiente.

Dependencia Física:

Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga.

Dependencia Psíquica:

Equivalente al término habituación. Uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo.

Depresión Mental:

Trastorno caracterizado por disminución del tono afectivo, tristeza o melancolía, hipotimia.

Depresor:

Droga psicoactiva que inhibe las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC). El grupo de sustancias depresoras incluye, entre otros, fármacos tales como el alcohol, los barbitúricos y una enorme variedad de sedantes sintéticos y somníferos.

Destoxicación o Desintoxicación:

Reducción de las propiedades tóxicas de los venenos o tóxicos.

Diagnóstico:

Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas de ésta.

Dosificación:

Determinación y regulación de las dosis.

Dosimetría:

Determinación exacta y sistemática de las dosis.

Dosis:

Cantidad determinada de un medicamento o agente terapéutico.

Depresores:

Disminuyen las reacciones del Sistema Nervioso Central (barbitúricos o alcohol).

Doping:

Uso o manejo de sustancias que artificialmente proveen a un individuo la mejoría e incremento de su capacidad física o psicológica a efecto de potenciar su condición atlética.

Droga ilegal o ilícita:

Es todo fármaco, adictivo o no, que puede causar daño al organismo y al psiquismo y que ha sido incluido en las listas de sustancias prohibidas que la legislación de cada país ha elaborado para los fines de proteger al individuo y a la sociedad.

Droga lícita:

Es cualquier fármaco no incluido en la lista de las sustancias que han sido declaradas ilegales por la legislación de cada país. Las más importantes son los psicofármacos medicinales sujetos a reglamentación, la nicotina contenida en el tabaco, y el etanol (alcohol etílico) de las bebidas alcohólicas.

Droga sintética:

Droga que no tiene un origen vegetal, que ha sido sintetizada en el laboratorio.

Droga:

Desde el punto de vista legal, en México son todas las sustancias que la legislación comprende bajo los términos “estupefacientes y psicotrópicos”.

Droga de impacto:

Se entiende como la droga que el paciente identifica con más capacidad de producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral, que motiva principalmente la demanda de tratamiento.

Droga de inicio:

De acuerdo con la información aportada por el propio paciente, se refiere a la primera droga consumida.

Drogadicción:

Uso compulsivo de sustancias químicas dañinas al individuo, a la comunidad o a ambos.

Drogas Parasimpaticomiméticas:

Producen efectos similares a los que crea la estimulación de los nervios parasimpáticos.

Drogas Parasimpaticolíticas:

Provocan efectos similares a los producidos por la interrupción de la transmisión en un nervio parasimpático, desarrollando una acción destructiva sobre las fibras del nervio parasimpático o bloqueando la transmisión de los impulsos de éste.

Drogas Psicoanalépticas o Psicotónicas:

Sustancias químicas (estimulantes) que se caracterizan por acelerar las reacciones del Sistema Nervioso Central (anfetaminas).

Drogas Simpaticolíticas:

Bloqueadores de la transmisión de impulsos de las fibras posganglionares a los órganos efectores o tejidos, inhibiendo la contracción del músculo liso y la secreción glandular.

Drogas Simpaticomiméticas:

Producen efectos que semejan los impulsos transmitidos por las fibras posganglionares del Sistema Nervioso Simpático.

Esquizofrenia:

Grupo de trastornos psicóticos caracterizados por desórdenes del pensamiento, del humor y la conducta. Los trastornos del pensamiento pueden llevar a la mala interpretación de la realidad, a los delirios y alucinaciones. La esquizofrenia es la más típica de las psicosis. (En lenguaje popular, “locura”).

Estimulantes:

Drogas que aceleran la actividad mental y que por lo tanto, producen estados de excitación.

Estupefaciente:

Droga psicoactiva narcótica y analgésica que provoca adicción.

Éxtasis (tacha):

Droga sintética de efecto estimulante, de estructura química similar a la anfetamina (de las llamadas drogas “de diseño”).

Farmacodependencia:

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Fármacos o Drogas:

Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones.

Flashback:

Trastorno que se presenta posterior al consumo de alucinógenos y como consecuencia del mismo, pero sin requerir nueva administración.

Gamahidroxitirato:

GHB, o gamma-hydroxibutirato, es un componente normal del metabolismo de los mamíferos; Se encuentran en forma natural en cada célula del cuerpo humano y es considerado como un nutriente. Es un precursor del ácido gama-hidroxitirico.

Hábito:

Del lat. *habitus*). Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.

Habitación:

Adaptación gradual a un estímulo o medio. Aumento de la tolerancia a una droga desarrollada por su repetida administración.

Hashís, hashish:

Del árabe. Hasis, hierba. Preparación de hojas y sumidades de la *cannabis sativa*, excitante o sedante del Sistema Nervioso, según las dosis. A dosis moderadas y asociada con café o té, produce una excitación manifiesta de las funciones cerebrales, y en algunos casos genésicos. Resina de la planta de la marihuana (*Cannabis sativa*).

Heroína:

Es un derivado de la morfina que se produce también mediante procedimientos químicos relativamente sencillos. Sus efectos son de cuatro a diez veces más poderosos que los de la morfina. En su forma pura, es un polvo cristalino blanco tan fino que desaparece al frotarse contra la piel.

Hidrocarburos:

Se refiere a las combinaciones que resultan de la sustitución de uno o más átomos de hidrógeno de los hidrocarburos alifáticos o de cadenas laterales de los cíclicos, por uno o más grupos hidroxílicos. A grandes dosis es un veneno narcótico que produce intoxicación con incoordinación muscular, delirio y coma.

Hipnótico:

Droga que produce sueño.

Ice:

Droga sintética de efecto estimulante de estructura química similar a la anfetamina. (De las llamadas drogas “de diseño”).

Inhalables:

Forman un grupo especial de los depresores del Sistema Nervioso, constituidos por una serie de sustancias químicas diversas, caracterizados todos por tratarse de gases, líquidos volátiles y aerosoles, que al ser inhalados y absorbidos por vía pulmonar, producen alteraciones de la conciencia, de la percepción, cognición, volición, y debido a la intoxicación primero y después del daño cerebral, son causa de problemas conductuales. (Entre éstas se incluyen pegamentos, lacas, thinner, cementos, gasolina, acetona, etc.).

Intoxicación:

Es un estado mórbido resultante de la presencia de toxinas en el organismo.

Kirsch:

Licor alcohólico obtenido por la fermentación y destilación de las cerezas.

LSD: (dietilamida del ácido lisérgico).

Droga sintética psicodisléptica o alucinógena de producción y distribución ilegal. Se deriva de un hongo llamado cornezuelo del centeno. Comúnmente se prepara como un líquido, sin color, sin olor y sin sabor, también se encuentra como polvo, en pequeñas píldoras blancas o de color, como tabletas o cápsulas.

Mal Viaje:

En el argot de los usuarios, se refiere a la mala experiencia dada por el uso de algún determinado psicotrópico.

Marihuana:

Es una droga alucinógena que se puede presentar en diversas formas, se obtiene de una planta llamada *cannabis*, que tiene las variedades *sativa* e *indica*, conocido también como *cáñamo indio* o simplemente *cáñamo*. Esta planta se cultiva y también crece silvestre. La altura de la planta varía entre uno y tres o más metros. Las hojas son largas, estrechas y aserradas. Adoptan la forma de abanico. Cada abanico suele tener cinco o siete hojas, pero llega a poseer desde tres hasta quince. Estas hojas son lustrosas y pegajosas y su superficie superior está cubierta por vellos cortos.

Metadona:

Droga sintética adicto gena que se utiliza en el tratamiento de la adicción a la heroína.

Metanfetamina:

Droga derivada de las anfetaminas que produce efectos subjetivos semejantes a los causados por la cocaína. La metanfetamina intravenosa o fumada es causa de un síndrome de abuso y dependencia semejante a la que produce la cocaína.

Mezcalina:

Sustancia alucinógena. Es el ingrediente activo obtenido de los capullos de un cacto llamado peyote. El peyote crece principalmente en México. Los capullos pueden masticarse, o bien ser molidos en forma de polvo. Este polvo se coloca en cápsulas para ser ingerido o se usa para fabricar un líquido de color café que se bebe. Los capullos tienen un fuerte sabor amargo.

Morfina:

Prototipo de las drogas opiáceas de efecto analgésico que produce euforia con somnolencia placentera y que posee un alto potencial adictivo. Se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico.

Narcóticos:

Este término se aplica a las llamadas drogas fuertes que producen un estado de euforia, tranquilidad, modorra, inconsciencia o sueño (morfina, codeína, heroína).

Neuroadaptación:

Es el proceso bioquímico que las neuronas del sistema nervioso central realizan ante la presencia frecuente de una droga psicoactiva, de tal modo que alteran su propia fisiología y por tanto su reactividad a esa sustancia. La tolerancia es la manifestación clínica de esta "adaptación" al fármaco; si el consumo continúa, es frecuente y en dosis elevadas, se presenta el otro fenómeno central de la adicción: el síndrome de abstinencia o de supresión. Tolerancia y síndrome de supresión son, así, la expresión clínica de la neuroadaptación.

Nicotina (tabaco):

Tiene importancia médica considerable por su toxicidad, su presencia en el tabaco y su capacidad para producir dependencia en quienes la consumen. La nicotina es uno de los pocos alcaloides líquidos naturales. Puede ocurrir envenenamiento con nicotina como consecuencia de ingestión accidental en aspersiones insecticidas, en las cuales se encuentra esta sustancia como agente eficaz, lo mismo que en niños que ingieren productos del tabaco.

Opiáceos:

Drogas derivadas del opio que tienen la propiedad común de suprimir el dolor, producir euforia con somnolencia placentera y causar dependencia. Son sustancias de alto potencial adictivo.

Opio:

Líquido resinoso de la cápsula de la amapola o *Papaver somniferum* (planta de opio). El opio cuyo principal ingrediente activo es la morfina, contiene sustancias psicoactivas que pueden extraerse en forma pura, como la codeína. De la morfina se sintetiza la heroína.

Patrón de consumo:

Se refiere a las características del modo o forma con que el consultante mantiene el consumo o uso de un determinado tipo de droga(s) y el orden consecutivo de las diferentes sustancias consumidas desde su inicio.

PCP (Polvo de ángel):

Fenciclidina. Sustancia sintética alucinógena originalmente utilizada como anestésico en veterinaria.

Peyote:

Cactácea originaria de determinadas áreas de México y América Central, del cual se obtiene la mezcalina.

Prevención:

Conjunto de acciones que permiten evitar y detener la historia natural de cualquier enfermedad.

Poliusuario:

Persona que consume dos o más tipos de drogas.

Psicopatológico:

Término que se aplica a las manifestaciones de los trastornos mentales.

Psicosis:

Trastorno mental en el que la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada se encuentra deteriorada. Suele cursar con delirios y alucinaciones.

Psicotrópico:

Sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.).

Psilocibina:

Ingrediente activo de la seta Psilocybe mexicana. Sustancia psicodisléptica o alucinógena de efectos similares a los de la LSD.

Sedación:

Estado de disminución de las actividades funcionales, de la irritabilidad o del dolor, provocado por una sustancia sedante.

Sedante, sedativo:

Que tiene virtud de calmar o sosegar los dolores o la excitación nerviosa. Proviene del latín *sedare*, que significa calmar o “apaciguar”.

Síndrome de abstinencia:

Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia de una droga cuando suspende su consumo bruscamente o cuando lo disminuye en forma significativa.

Síndrome amotivacional:

Son signos y síntomas clínicos asociados al uso de sustancias, tales como apatía, pérdida de la efectividad, disminución para desarrollar planes a largo plazo, poca tolerancia a la frustración, se altera la capacidad de concentración y dificultad para continuar con rutinas elementales.

THC (Delta-9-tetrahidrocannabinol):

Principal ingrediente activo de la *cannabis sativa*, a las que se atribuye la mayor parte de las acciones psicoactivas de la planta.

Tolerancia:

Adaptación del organismo a los efectos de la droga; esto implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

Toxicomanía:

Es una condición que se caracteriza por el envenenamiento del Sistema Nervioso Central, recurrente o continuo, que no responde a motivo médico o terapéutico alguno, sino a los que busca el propio individuo.

Tranquilizantes:

Los ansiolíticos y sedantes, en particular las benzodiazepinas se usan para el tratamiento farmacológico de los trastornos de la ansiedad.

Tratamiento:

Sistema y métodos que se emplean para curar las enfermedades o problemas.

Uso de una droga:

Es el hecho de introducir en un organismo vivo una sustancia mediante prescripción y conforme a la práctica médica.

Uso recreacional:

Consumo de sustancias usualmente referido a las de tipo ilegal bajo circunstancias sociales, a efecto de producir relajación; no necesariamente debe considerarse tal uso como sinónimo de dependencia.

Veneno o tóxico:

Toda sustancia natural o sintética (química) que al ser introducida al organismo por cualquier vía (oral, intramuscular, etc.) causa daños que pueden ser parciales o totales.

Volátil:

Sustancia que se evapora.



CRÉDITOS

CONSEJO ESTATAL CONTRA LAS ADICCIONES EN JALISCO.

Lic. Francisco Javier Ramírez Acuña

Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco y Presidente del Consejo Estatal Contra las Adicciones.

Dr. José de Jesús Becerra Soto

Secretario de Salud y Coordinador del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

Lic. María Cristina Santoscoy Gutiérrez.

Secretaria Técnica del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

Dr. Luis Javier Robles Arellano.

Coordinador General del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco.

Dra. Gloria Gómez Sandoval.

Coordinador de Enlace del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco.

Ing. Enrique Maury Hernández.

Coordinador de la Oficina de Difusión.

Claudia Mónica Prado Palacios

Asistente del Departamento de Información Seguimiento y Evaluación.

Edición: Abril del 2006