

# " SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES".



SECRETARÍA DE  
SALUD JALISCO



**CECAJ**  
Consejo Estatal Contra  
las Adicciones en Jalisco

*"Por un Jalisco Libre de Drogas".*

RESULTADOS 2003

# CONTENIDO

CONTENIDO .....	i
GRÁFICOS .....	ii
FIGURAS .....	iv
CUADROS .....	iv
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	v
INTRODUCCIÓN .....	1
MÉTODO .....	3
INSTITUCIONES SISVEA .....	4
INDICADORES .....	6
FARMACODEPENDENCIA .....	7
LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS .....	14
SISVEA RESULTADOS 2003 .....	14
FARMACODEPENDENCIA POR REGIONES .....	20
CONSUMO DE ALCOHOL .....	28
CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES .....	37
TABACO .....	44
CONSUMO DE TABACO POR REGIONES .....	54
SERVICIO MÉDICO FORENSE .....	63
SALUD MENTAL .....	76
MENORES INFRACTORES .....	84
NIÑOS DE LA CALLE .....	98
CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS .....	107
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	113

# GRÁFICOS

## FARMACODEPENDENCIA

Gráfico 1: Distribución por Género .....	8
Gráfico 2: Edad de Afluencia .....	9
Gráfico 3: Nivel de Instrucción Escolar .....	9

## FARMACODEPENDENCIA POR REGIONES

Gráfico 4: Edad de Inicio.....	10
Gráfico 5: Distribución porcentual de pacientes tratados por farmacodependencia por región sanitaria. ....	22
Gráfico 6 Distribución porcentual de Usuarios de Drogas intravenosas por región sanitaria..	26

## CONSUMO DE ALCOHOL

Gráfico 7: Distribución por Género .....	29
Gráfico 8: Edad de Afluencia .....	30
Gráfico 9: Escolaridad .....	30
Gráfico 10: Edad de Inicio.....	31
Gráfico 11: Tipo de Bebida de Inicio.....	31
Gráfico 12: Tipo de Bebida de mayor consumo.....	32
Gráfico 13: Patrón de Consumo. ....	32
Gráfico 14: Drogas con las que experimentan los usuarios de Alcohol. ....	33
Gráfico 15: Drogas que usan en combinación con el Alcohol.....	34

## CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES

Gráfico 16: Distribución porcentual de pacientes tratados por alcoholismo por región sanitaria. ....	39
Gráfico 17 Experiencia con otras drogas por región sanitaria. ....	40

## CONSUMO DE TABACO

Gráfico 18: Distribución por Género .....	45
Gráfico 19: Edad de Afluencia .....	46
Gráfico 20: Forma en que Acuden a Solicitar el Tratamiento .....	46
Gráfico 21: Nivel de Instrucción Escolar .....	47
Gráfico 22: Drogas que han Consumido.....	47
Gráfico 23: Drogas que han combinado con tabaco.....	48
Gráfico 24: Edad de Inicio.....	48
Gráfico 25: Fumadores que le dan el Golpe al Fumar.....	49
Gráfico 26: Número de Cigarros al Día.....	50
Gráfico 27: Tiempo Transcurrido entre Despertar y Fumar .....	51

## CONSUMO DE TABACO POR REGIONES

Gráfico 28: Distribución porcentual de pacientes tratados por tabaquismo por Región Sanitaria.....	56
Gráfico 29 Experiencia con otras drogas por región sanitaria. ....	59

## FORENSE

Gráfico 30: Distribución por Género .....	65
Gráfico 31: Distribución por Grupos de Edad .....	65
Gráfico 32: Causa de Muerte.....	66
Gráfico 33 Lugar de la Muerte. ....	66
Gráfico 34: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte .....	67
Gráfico 35: Cadáveres Positivos a Sustancias Adictivas y Distribución por Género .....	68
Gráfico 36: Distribución por Grupos de Edad .....	68

Gráfico 37: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte .....	69
Gráfico 38: Tipo de Sustancia en Cadáveres de SEMEFO .....	70
Gráfico 39: Tendencia de Presencia de Drogas en Cadáveres 1998-2003 .....	72
Gráfico 40: Cadáveres con Alcoholemia Positiva .....	73
Gráfico 41: Tendencia de Cadáveres Positivos a Marihuana y Cocaína .....	73
<b>SALUD MENTAL</b>	
Gráfico 42: Tendencia de Cadáveres Positivos a Tranquilizantes e Inhalantes .....	74
Gráfico 43: Distribución por Género .....	77
Gráfico 44: Distribución por Grupos de Edad .....	77
Gráfico 45: Escolaridad.....	78
Gráfico 46: Forma en que acuden a Tratamiento .....	78
Gráfico 47: Uso de Droga antes de recibir tratamiento psiquiátrico.....	79
Gráfico 48: Drogas de inicio antes de recibir tratamiento psiquiátrico. ....	79
Gráfico 49: Tipo de Trastorno .....	81
Gráfico 50: Uso de Sustancias según Tipo de Trastorno.....	81
<b>MENORES INFRACTORES</b>	
Gráfico 51: Distribución por Género .....	85
Gráfico 52: Distribución por Grupos de Edad .....	85
Gráfico 53: Escolaridad.....	86
Gráfico 54: Actividad Laboral.....	86
Gráfico 55: Tipo de Familia.....	87
Gráfico 56: Características de Personalidad.....	87
Gráfico 57: Número de Ingresos al COMI.....	88
Gráfico 58: Uso de Arma y Tipo para Cometer la Infracción.....	89
Gráfico 59: Sustancias Asociadas a la Comisión del Delito.....	90
Gráfico 60: Menores Usuarios Habituales de Drogas .....	90
Gráfico 61: Prevalencia de usuarios de drogas con Familia Funcional .....	91
Gráfico 62: Usuarios Habituales de Drogas según Tipo de Familia Disfuncional .....	92
Gráfico 63: Uso de Armas y su relación con el uso habitual de drogas.....	92
Gráfico 64: Tendencia en el Consumo de Marihuana.....	93
Gráfico 65: Tendencia en el Consumo de Inhalables .....	93
Gráfico 66: Tendencia en el Consumo de Cocaína .....	94
Gráfico 67: Tendencia en el Consumo de Tranquilizantes. ....	94
Gráfico 68: Tendencia en el Consumo de Alucinógenos .....	95
Gráfico 69: Tendencia en el Consumo de Crack .....	95
Gráfico 70: Tendencia en el Consumo de Cristal .....	95
Gráfico 71: Tendencia en el Consumo de Heroína.....	96
<b>NIÑOS DE LA CALLE</b>	
Gráfico 72: Distribución por Grupos de Edad .....	99
Gráfico 73: Nivel de Educación.....	100
Gráfico 74: Actividad Laboral.....	100
Gráfico 75: Tiempo de Vivir en la Calle.....	101
Gráfico 76: Rasgos de Conducta.....	101
Gráfico 77: ¿A quién acude cuando tiene problemas? .....	103
Gráfico 78: Droga de Primer Contacto.....	103
Gráfico 79: Nivel de Consumo de Drogas.....	104

# FIGURAS

## HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS

Figura 1: Historia Natural del Consumo de Alcohol .....	15
Figura 2: Historia Natural del Consumo de Marihuana .....	16
Figura 3: Historia Natural del Consumo de Inhalantes .....	17
Figura 4: Historia Natural del Consumo de Cocaína.....	18
Figura 5: Historia Natural del Consumo de Heroína .....	19

# CUADROS

## FARMACODEPENDENCIA

Cuadro 1: Drogas de Inicio .....	11
Cuadro 2: Patrón de Consumo de Sustancias Adictivas .....	11
Cuadro 3: Drogas que provocan mayor impacto. ....	12

## FARMACODEPENDENCIA POR REGIONES

Cuadro 4: Regiones Sanitarias de la SSJ.....	21
Cuadro 5: Edad de Afluencia a Centros de Tratamiento por Región Sanitaria .....	23
Cuadro 6: Forma en que Acude a Centros de Tratamiento por Región Sanitaria.....	23
Cuadro 7: Edad de Inicio en el Consumo de Drogas por Región Sanitaria. ....	24
Cuadro 8: Drogas de Inicio por Región Sanitaria.....	24
Cuadro 9: Drogas que causan mayor impacto por Región Sanitaria. ....	25

## CONSUMO DE ALCOHOL

Cuadro 10: Criterios de Dependencia al Alcohol .....	35
--	----

## CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES

Cuadro 11: Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud Jalisco.....	38
Cuadro 12: Edad de Afluencia a Centros de Tratamiento por Región Sanitaria.....	39
Cuadro 13: Edad de Inicio en el Consumo de Bebidas Alcohólicas por Región Sanitaria.....	40
Cuadro 14: Drogas más utilizadas por usuario de Alcohol por Región Sanitaria.....	41
Cuadro 15: Pacientes que han experimentado con otras drogas y las combinan con el alcohol por Región Sanitaria. ....	42
Cuadro 16: Drogas más utilizadas en combinación con alcohol por Región Sanitaria. ....	42

## CONSUMO DE TABACO

Cuadro 17: Criterios de dependencia al tabaco en los pacientes atendidos.....	50
Cuadro 18: Cigarrillo que les provoca mayor dificultad en el dejar de fumar.....	51

## CONSUMO DE TABACO POR REGIONES

Cuadro 19: Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud Jalisco.....	55
Cuadro 20. Edad de Afluencia a Centros de Tratamiento para dejar de fumar. ....	57
Cuadro 21: Edad de Inicio al Consumo de Tabaco por Región Sanitaria.....	58
Cuadro 22: Forma en que Acuden a Solicitar Tratamiento para Tabaquismo por Región Sanitaria.....	58
Cuadro 23: Drogas más utilizadas por Usuarios de Tabaco por Región Sanitaria. ....	60
Cuadro 24: Pacientes que combinan el tabaco con otras drogas por Región Sanitaria. ....	60
Cuadro 25: Otras drogas utilizadas en combinación con tabaco por Región Sanitaria. ....	61

## **FORENSE**

Cuadro 26 Distribución porcentual de las causas de muerte según tipo. ....	67
Cuadro 27: Distribución porcentual del tipo de muerte asociada a sustancias adictivas según causa de deceso.....	69
Cuadro 28: Lugares donde ocurrió la muerte de cadáveres positivos a sustancias según el tipo de muerte.....	70

## **SALUD MENTAL**

Cuadro 29 Distribución porcentual de causa de muerte según tipo de sustancia adictiva. ....	71
Cuadro 30: Sustancias adictivas consumidas por los pacientes según tiempo de tratamiento psiquiátrico.....	80
Cuadro 31: Distribución porcentual de Drogas de inicio según tipo de trastorno mental.....	82
Cuadro 32: Distribución porcentual de Drogas de Mayor impacto según tipo de trastorno mental. ....	82

## **MENORES INFRACTORES**

Cuadro 33. Tipo de Infracción cometida por menores infractores. ....	89
Cuadro 34: Tipo de Droga consumida por menores usuarios habituales. ....	91

## **NIÑOS DE LA CALLE**

Cuadro 35: Motivos para vivir en la calle. ....	102
Cuadro 36: Motivos de consumo de sustancias adictivas. ....	104
Cuadro 37: Drogas de Mayor consumo. ....	105

# **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

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

## INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias adictivas se ha incrementado en prácticamente todo el mundo, es un problema dinámico que presenta cambios en cuanto a los patrones de uso y abuso, en edades de inicio, 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 y drogas médicas e ilegales, favorece en las alteraciones de orden social, así como en repercusiones en la salud pública, la productividad y el desarrollo de una sociedad y en la ocurrencia de muertes prematuras, lo que 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, identificar nuevas drogas; asimismo 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 permite conformar un diagnóstico que facilita la formulación de políticas y la toma de decisiones en materia de Prevención en sus tres niveles de atención al 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 forma parte de los programas prioritarios dentro del Programa **“Por un Jalisco Libre de Drogas”** instituido y reformado por el **Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco** 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 a 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 otros países en busca de mejores oportunidades de trabajo y por consecuencia, la importación de actitudes y uso de nuevas drogas, lo que ha provocado que el alcoholismo, tabaquismo y 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, independientemente de su orden político o social, involucrados directa o indirectamente con la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.

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.

**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 y 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 y no representa a la población 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**, mismos que se encuentran distribuidos en las mismas.

El SISVEA cuenta con siete 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 Drogas.**
- **Consumo de Alcohol.**
- **Consumo de Tabaco.**
- **Servicio Médico Forense.**
- **Salud Mental.**
- **Centro de Observación de Menores Infractores.**
- **Puesto Centinela de Urgencias.**
- **Niños de la Calle.**

En el **año 2003** contamos con la participación de **58 Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones**, los cuales se enlistan a continuación.

## INSTITUCIONES SISVEA

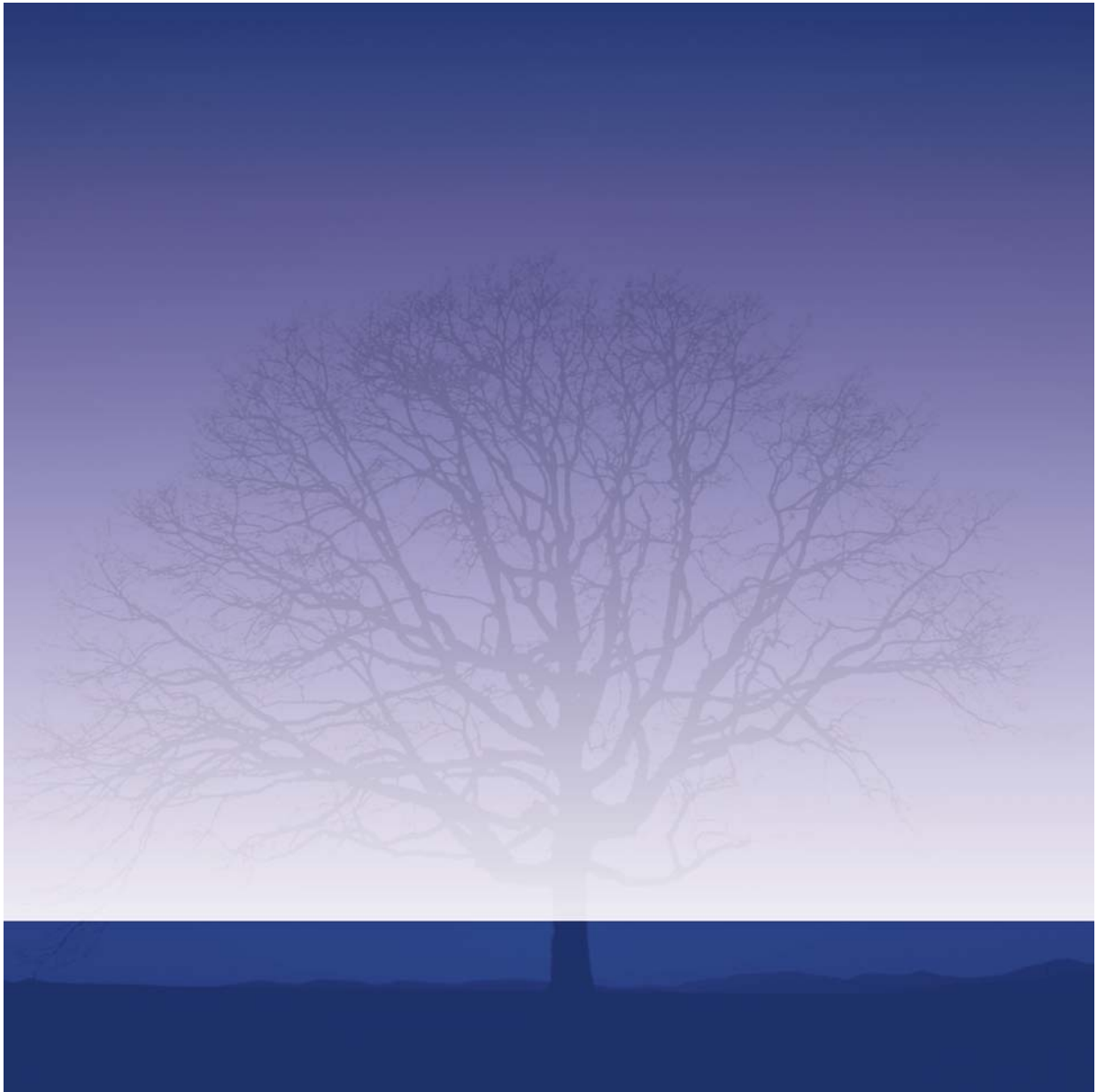
1. Albergue Antialcohólico los Reyes.
2. Clínica de Farmacodependencia de la Secretaría de Salud Jalisco.
3. Clínica para dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil.
4. Instituto Jalisciense de Salud Mental de Estancia Breve.
5. Instituto Jalisciense de Salud Mental de Estancia Prolongada.
6. Alcance Victoria.
7. Campo Renacimiento.
8. Casa Nazareth.
9. Centro de Recuperación las Hojas.
10. Centro de Rehabilitación para Enfermos de Alcohol y Drogas.
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 el Zapote.
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. Centro de Integración Juvenil Guadalajara Centro A.C.
18. Centro de Integración Juvenil Guadalajara Sur A.C.
19. Centro de Integración Juvenil Puerto Vallarta A.C.
20. Centro de Integración Juvenil Tlaquepaque A.C.
21. Unidad de Tratamiento de Occidente de Centros de Integración Juvenil A.C.
22. Grupo Providencia de Drogadictos Anónimos.
23. Hacienda del Lago.
24. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Ameca.
25. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Autlán de Navarro.
26. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Zapotlán el Grande.
27. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de la Barca.
28. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Lagos de Moreno.
29. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Puerto Vallarta.

30. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Tepatlán.
31. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Juchitlán.
32. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Tamazula de Gordiano.
33. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Colotlán.
34. Hospital General de Occidente.
35. Cruz Roja Mexicana Delegación Centro.
36. Servicios Médicos Municipales Leonardo Oliva.
37. Servicios Médicos Municipales Ruiz Sánchez.
38. Servicios Médicos Municipales Rivas Souza.
39. Servicios Médicos Municipales Delgadillo Araujo.
40. Servicios Médicos Municipales de Tonalá.
41. Servicios Médicos Municipales de Tlaquepaque.
42. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Norte.
43. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Sur.
44. Servicios de Salud de Zapopan Unidad Villas de Guadalupe.
45. Hospital Regional de Puerto Vallarta.
46. Cruz Roja Mexicana Delegación Puerto Vallarta.
47. Esperanza de Vivir.
48. Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.
49. Promotora Juvenil Mairo Don Bosco.
50. Albergue las Palmas, de DIF Guadalajara.
51. Angeluz Vive.
52. Procuraduría de Seguridad Social.
53. Centro de Observación de Menores Infractores.
54. Servicio Médico Forense.
55. Instituto de Ciencias Forenses.
56. Centro de Tratamiento Minnessota.

Resulta importante mencionar que los Centros de Integración Juvenil, A.C., reportan la información que generan directamente a CIJ Nacional y éste envía a SISVEA Nacional, el cual la procesa y adapta a las variables del Sistema de Vigilancia y la envía a nuestra entidad.

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



## SISVEA RESULTADOS 2003

## FARMACODEPENDENCIA



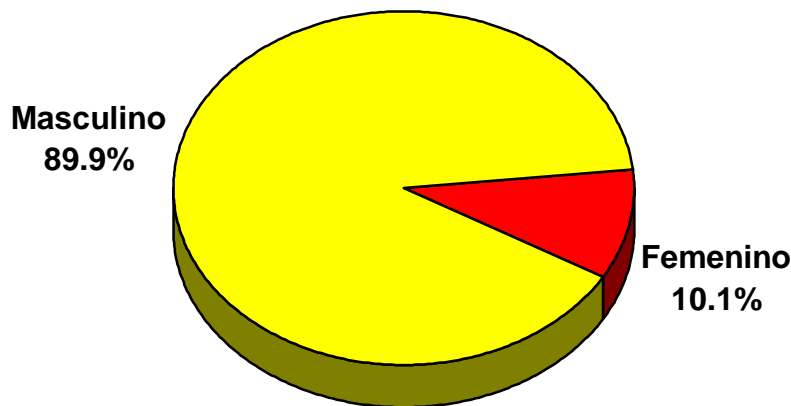
## SISVEA RESULTADOS 2003

En este indicador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, se registraron 1,128 casos, los cuales fueron atendidos por las Instituciones y Organismos no Gubernamentales que participan en este Sistema, y que se encuentran ubicados dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara, durante el periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del año 2003, 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 89.9% el sexo masculino y el 10.1% son pacientes del sexo femenino. **(Ver gráfico 1)**

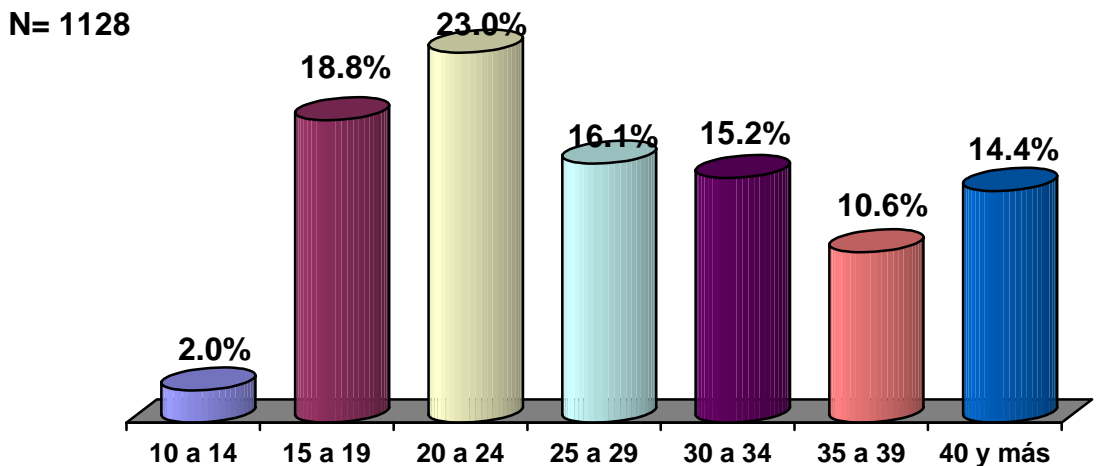
**Gráfico 1: Distribución por Género**

**N = 1,128**



Con relación a la **edad de afluencia** de las personas que acuden a recibir tratamiento, observamos que el 2% 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 23%; seguido por los jóvenes entre los 15 a 19 años con el 18.8%; el grupo de 25 a 29 años en tercer sitio con el 16.1%; en cuarto lugar tenemos al grupo de 30 a 34 años con el 15.2%; en quinto lugar se encuentra al grupo de 35 a 39 años con el 10.6%, y con el 14.4% a los de más de 40 años. **(Ver gráfico N° 2)**

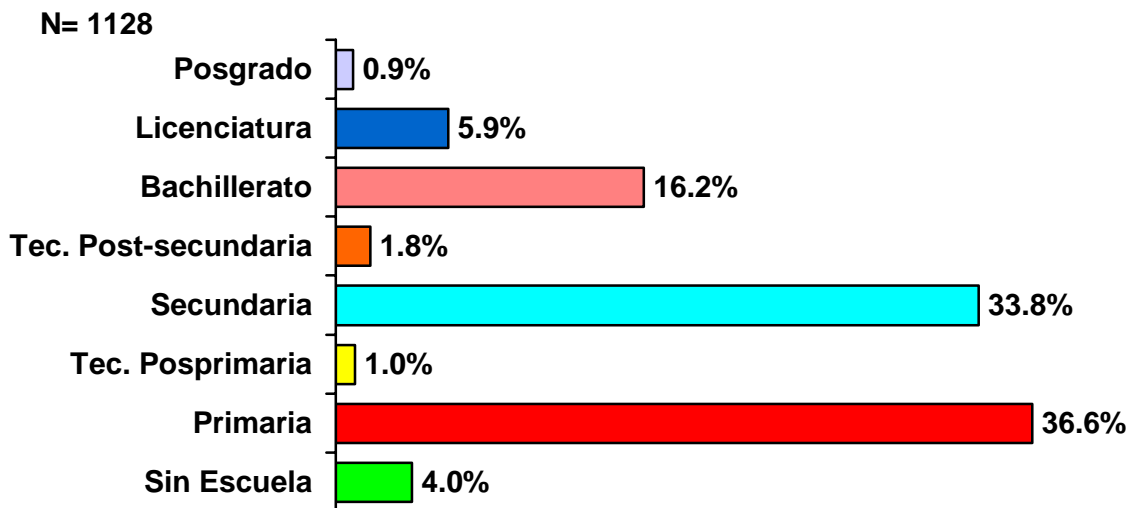
Gráfico 2: Edad de Afluencia



Fuente. SISVEA 2003

En cuanto al **nivel de instrucción escolar** de los pacientes atendidos, la mayoría de los sujetos con el 36.6% refiere haber cursado la educación primaria, el 33.8% cursó la secundaria, el 16.2% cursó el bachillerato, el 5.9% tiene el nivel de licenciatura, el 0.9% tiene un postgrado y el 4% no asistió a la escuela. **(Ver gráfico N° 3)**

Gráfico 3: Nivel de Instrucción Escolar



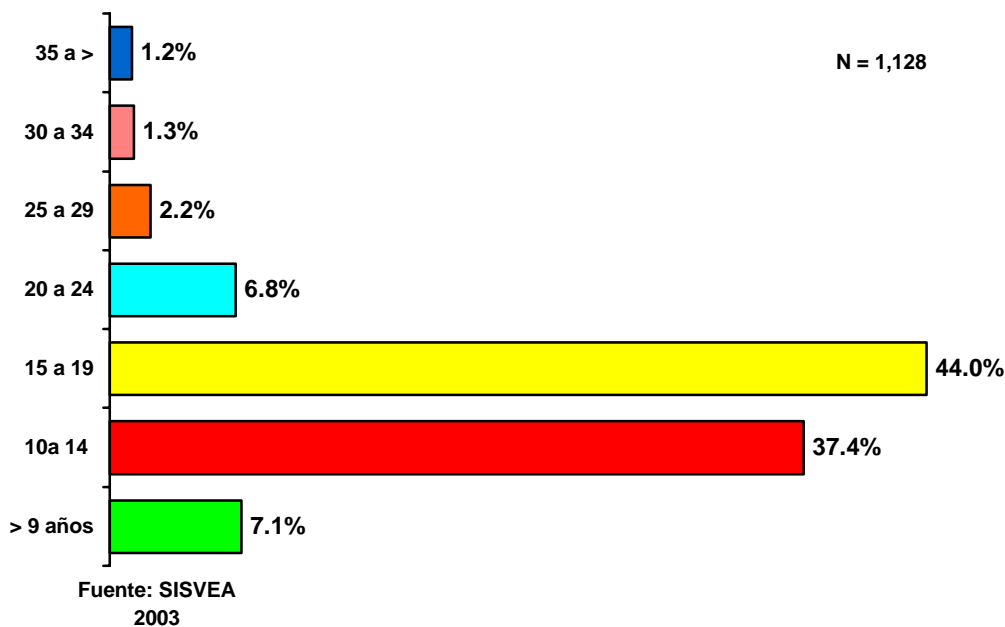
Fuente: SISVEA 2003

En lo que se refiere al **estado civil de los pacientes**, observamos que el 50.8% son solteros, el 26.9% se encuentran casados, el 10.6% están en unión libre y el 7.5% son separados.

La **actividad laboral** que desarrollan los pacientes el 30.4% tiene un trabajo fijo, el 21.4% se reporta como desocupado, el 21.3% desempleado, el 17.2% realiza algún trabajo ocasionalmente, el 2.6% son amas de casa, llama la atención que la gran mayoría tienen un índice de ocupación malo e 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 los 15 a 19 años de edad con el 44%, seguidos por los de 10 a 14 años con un 37.4%, los de 20 a 24 años con el 6.8% y el 2.2% para las edades de entre 25 y 29 años. Es importante mencionar que para los menores de 9 años representa un 7.1%. **(Ver gráfico N° 4)**

**Gráfico 4: Edad de Inicio**





Al comentar sobre **las sustancias adictivas de primer contacto**, se refiere que el 33.1% inició con la marihuana, con bebidas de contenido alcohólico el 21%, con cocaína el 20.4%, el tabaco con un 9.7% y los inhalables con el 9.5%, con proporciones menores al 3% se encuentran los tranquilizantes, la pasta base, el cristal, el crack y las anfetaminas. **(Ver Cuadro 1)**

<b>Cuadro 1: Drogas de Inicio</b>		
<b>Tipo de Droga</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alcohol</b>	237	21
<b>Marihuana</b>	373	33.1
<b>Inhalables</b>	108	9.7
<b>Alucinógenos</b>	2	0.2
<b>Heroína.</b>	4	0.4
<b>Cocaína</b>	235	20.8
<b>Tranquilizantes</b>	39	3.5
<b>Barbitúricos</b>	1	0.1
<b>Anfetaminas</b>	3	0.3
<b>Tabaco</b>	58	5.1
<b>Basuco</b>	27	2.4
<b>Cristal</b>	13	1.2
<b>Crack</b>	27	2.4
<b>Otras Drogas</b>	1	0.1
<b>Total</b>	<b>1128</b>	<b>100</b>

Dentro de lo que se refiere al **patrón de consumo** del uso y abuso de sustancias adictivas, observamos que el 55.3% las consume diariamente en más de tres ocasiones por día, el 19.0% las consume una vez por semana, el 1.1% es usuario de 2 a 3 veces por día y el 7.8% ingiere las sustancias entre 1 a 3 veces por mes. **(Ver cuadro N° 2)**

<b>Cuadro 2: Patrón de Consumo de Sustancias Adictivas</b>		
<b>Patrón de consumo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Diario > 3 veces por día.	548	55.3
Diario de 2 a 3 veces por día.	11	1.1
Diario 1 vez por día.	14	1.4
De 2 a 3 veces por semana.	143	14.5
Una vez por semana.	189	19.0
De 1 a 3 veces por mes.	77	7.8
Sin respuesta.	9	0.9
<b>Total</b>	<b>990</b>	<b>100</b>

Las **drogas que provocan mayor impacto**, los sujetos refirieron que en primer lugar se encuentra a la cocaína con 309 casos representando el 45.4%; la pasta base fue referida por 90 pacientes correspondiendo al 13.2%; en tercer sitio encontramos a la marihuana con el 8.8%; el alcohol con un 7.8%, el 6.2% corresponde a los inhalables, el 4% a los tranquilizantes y aparecen el cristal con el 3.2% y la heroína con el 2.2%. **(Ver Cuadro N° 3)**

<b>Cuadro 3: Drogas que provocan mayor impacto.</b>		
<b>Tipo de Droga</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alcohol</b>	<b>53</b>	<b>7.8</b>
<b>Marihuana</b>	<b>60</b>	<b>8.8</b>
<b>Inhalables</b>	<b>42</b>	<b>6.2</b>
<b>Alucinógenos</b>	<b>12</b>	<b>1.8</b>
<b>Heroína.</b>	<b>15</b>	<b>2.2</b>
<b>Opio / Morfina</b>	<b>3</b>	<b>0.4</b>
<b>Cocaína</b>	<b>309</b>	<b>45.4</b>
<b>Tranquilizantes</b>	<b>27</b>	<b>4.0</b>
<b>Anfetaminas</b>	<b>5</b>	<b>0.7</b>
<b>Tabaco</b>	<b>21</b>	<b>3.1</b>
<b>Basuco</b>	<b>90</b>	<b>13.2</b>
<b>Cristal</b>	<b>22</b>	<b>3.2</b>
<b>Flunitracepam</b>	<b>2</b>	<b>0.3</b>
<b>Crack</b>	<b>10</b>	<b>1.5</b>
<b>Otras Drogas</b>	<b>9</b>	<b>1.3</b>
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

## 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 15 a los 19 años y de 20 a 24 años de edad con el 24.2% y 27.9% respectivamente.
- El nivel de escolaridad que predomina es bajo, ya que el 33.8% cursó la secundaria, el 36.6% la primaria.
- Más de la mitad de los consumidores reportaron que la frecuencia actual de consumo es de más de 3 veces al día con el 55.3%.
- La vulnerabilidad para iniciar el consumo de drogas se encuentra en los 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 37.4% y 44% respectivamente, en ambos grupos suman el 81.4%.
- Cabe intensificar las acciones preventivas en los grupos vulnerables, tomando en cuenta a aquellos niños menores de 9 años, puesto que el 7.1% de los pacientes estudiados inició en este rango de edad.
- Las drogas ilegales de primer contacto, se reportan a la marihuana, la cocaína y en menor proporción los inhalantes.
- La cocaína, el basuco y la marihuana son las drogas que causan mayor impacto de acuerdo a lo reportado por los pacientes que fueron atendidos.

## LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS



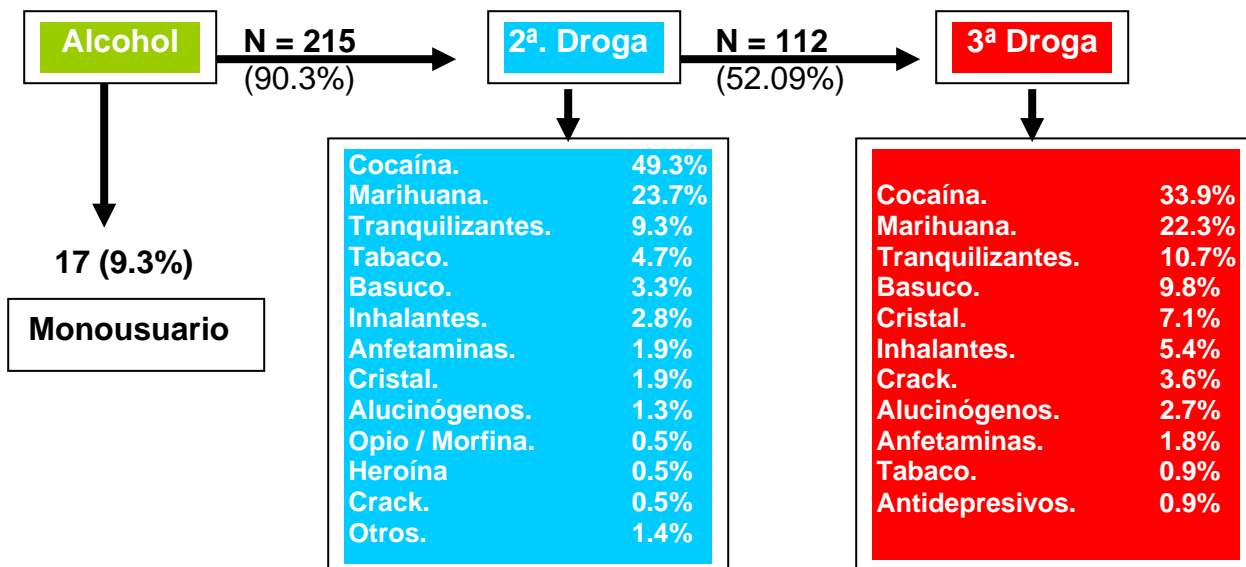
**SISVEA RESULTADOS 2003**

Con los resultados obtenidos de los pacientes que acudieron a los Centros de Tratamiento en la Zona Metropolitana de Guadalajara, para su tratamiento y rehabilitación, los cuales fueron captados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco durante el año 2003, es posible analizar la historia de consumo de una segunda y tercera 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 237 pacientes refirieron haber **iniciado con bebidas alcohólicas**, sólo 17 sujetos refirieron ser monousuarios de alcohol y 215 pacientes que representan **el 90.3% consumen una segunda droga**, encontrando en orden de preferencia a la cocaína con 49.3%, seguida por la marihuana con el 23.7% y los tranquilizantes con el 9.3%, al tabaco con el 4.7%, el 3.3% la pasta base o basuco y el 2.8% para los inhalantes, las anfetaminas y cristal con el 1.9% para cada uno de ellos, siendo las menos comunes la heroína, crack y el opio. Cabe hacer mención que 112 pacientes que corresponden a **52.09% pasaron a consumir una tercera droga**, siendo éstas la cocaína con el 33.9%, seguida por la marihuana con el 22.3%, los tranquilizantes y basuco con el 10.7% y el 9.8% respectivamente. En este nivel de consumo aparecen en forma importante los alucinógenos, anfetaminas y los antidepresivos. **(Ver figura 1)**

**Droga de Inicio**  
N = 237



**Figura 1: Historia Natural del Consumo de Alcohol**



## HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA

Los pacientes que refirieron que la marihuana fue su primer droga de contacto encontramos a 373 sujetos, de los cuales **334 que representa el 89.5% usan una segunda sustancia**, siendo las drogas de mayor consumo la cocaína, los inhalantes y los tranquilizantes con el 48.2%, el 15% y el 14.4% respectivamente, las bebidas con contenido alcohólico con el 6.9%, el basuco con el 6.6%, el crack con el 3.6% y en menor proporción los alucinógenos heroína y anfetaminas. **223** Sujetos que representan el **66.7% de los pacientes afirmaron consumir una tercera sustancia adictiva**, encontrando como principales a la cocaína con el 23.3%, al basuco con el 19.3% y a los inhalantes con el 13.4%, los tranquilizantes con el 13%, y al alcohol con el 9%, entre las de menor proporción están los alucinógenos, heroína, tabaco y anfetaminas con porcentajes menores al 3%. (Ver figura N° 2)

Droga de Inicio  
N = 373

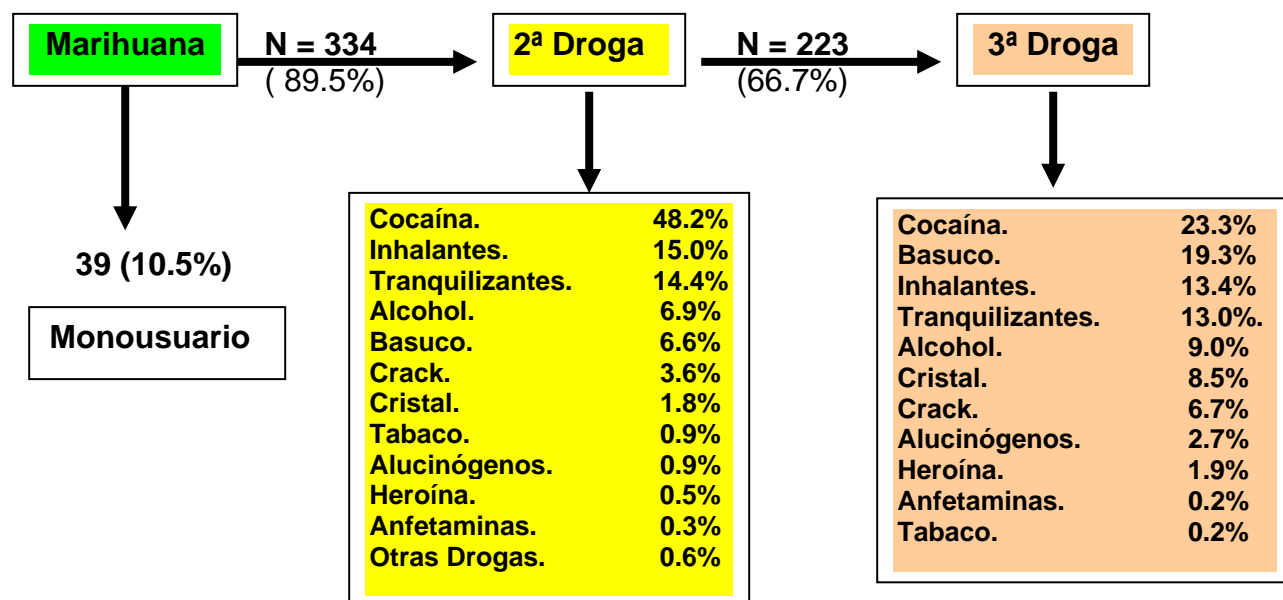


Figura 2: Historia Natural del Consumo de Marihuana

## HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES

Los pacientes que reportaron como **droga de inicio a los inhalantes** corresponde a 108 sujetos, de los cuales **104 (96.3%)**, aceptaron ser usuarios de una **segunda droga**, encontrando que el 60.6% de los pacientes consumen marihuana, cocaína el 14.4%, tranquilizantes con el 11.5%, alcohol e inhalables con el 3.8% para cada uno, el crack con el 1.9%, los alucinógenos, el basuco y el tabaco 1%. En 86 casos **(82.7%)** se reporta el **consumo de una tercera sustancia adictiva** y por orden de importancia tenemos a la cocaína con el 38.4%, la marihuana con 12.4%, basuco con el 14.3%, tranquilizantes con el 12.8%, el crack alcanzó el 9.3%, por último el tabaco y el cristal con el 1.2% para cada droga. (Ver figura N° 3)

Droga de Inicio  
N = 108

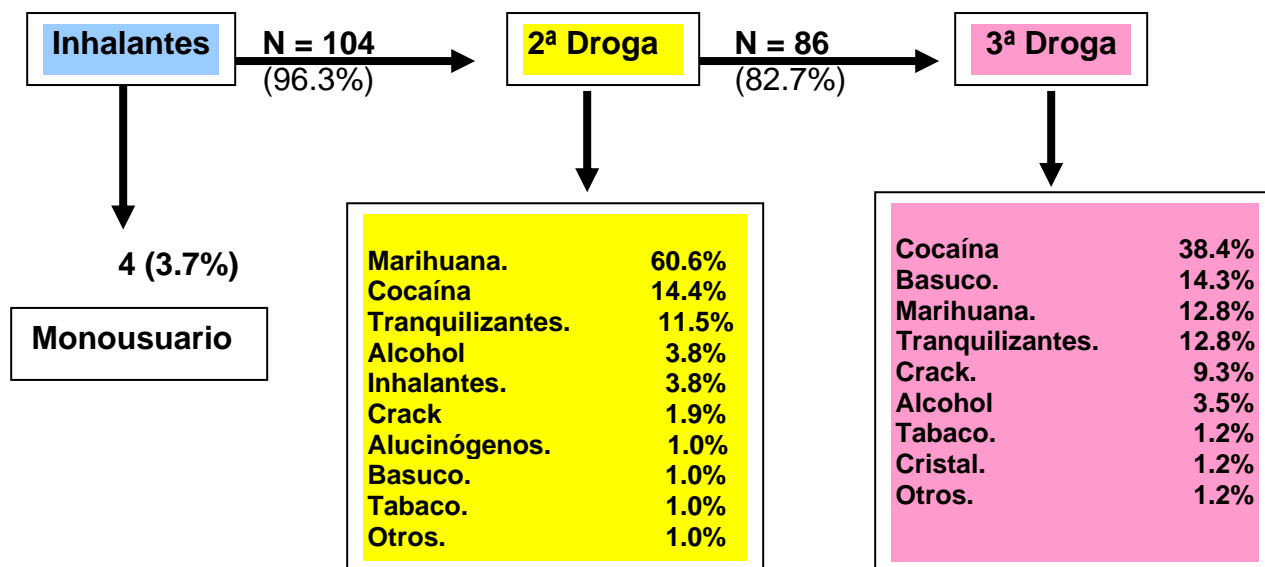


Figura 3: Historia Natural del Consumo de Inhalantes

## HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA

De los pacientes que reportaron iniciar su farmacodependencia con la cocaína registramos a 235 sujetos, de los cuales 171 (72.8%) aceptaron ser usuarios de una segunda droga, reportándose como las de mayor uso a la marihuana y basuco con el 27.5% para cada uno, el alcohol y cristal con el 9.9%, así como el crack. Con el 5.8% y 4.7% para los tranquilizantes e inhalantes respectivamente, en último lugar las anfetaminas y al tabaco. El 46.2% de los pacientes pasaron a consumir una tercera droga registrándose a 79 sujetos, encontrando como tercera droga de preferencia a la marihuana al basuco con el 27.8% de los sujetos, en segundo lugar el alcohol con el 16.5%, el 11.4% corresponde a los inhalantes, la marihuana es preferida por el 10.1% de los sujetos, los tranquilizantes y el cristal con el 8.9% y el 7.6% respectivamente con la menor proporción encontramos a los alucinógenos y a las anfetaminas. (Ver figura N° 4)

Droga de Inicio  
N = 235

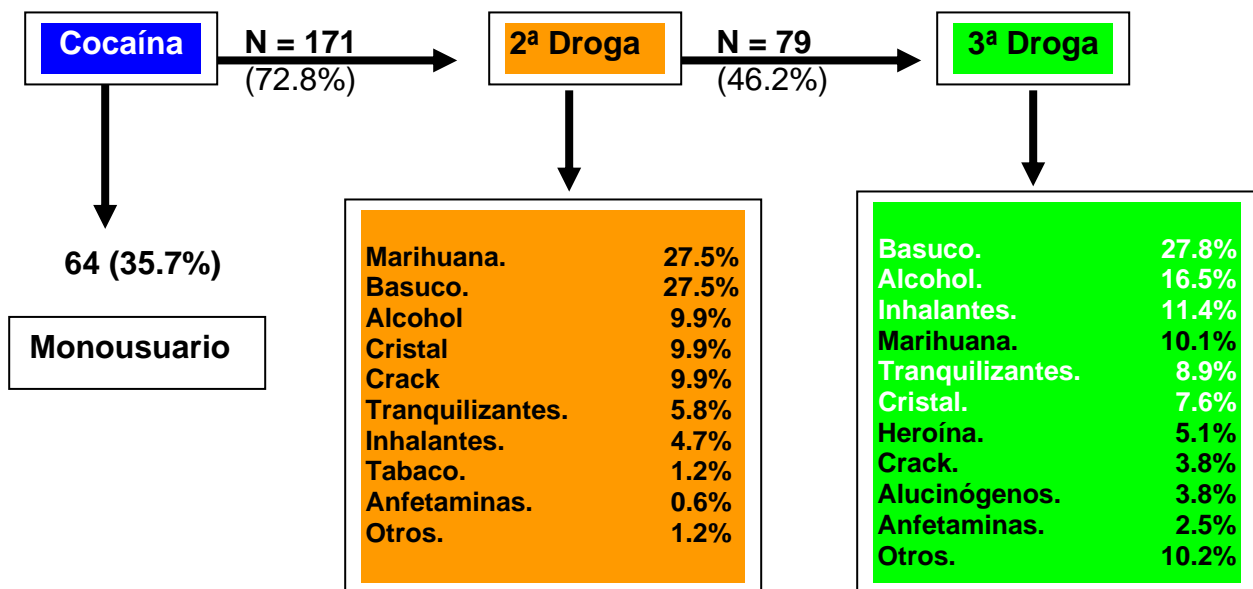


Figura 4: Historia Natural del Consumo de Cocaína



## 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 4 sujetos que la utilizaron como droga de inicio y en los 4 caso que representa al **100% utilizó una segunda droga**, teniendo en primer lugar la marihuana con el 75% de los sujetos y a la cocaína en 1 caso. De ellos, el 75% paso a consumir una tercera sustancia adictiva encontrando 1 caso nuevo a cocaína y 2 sujetos que representa el 66.7% consumió crack. **(Ver figura N° 5)**

Droga de Inicio  
N = 4

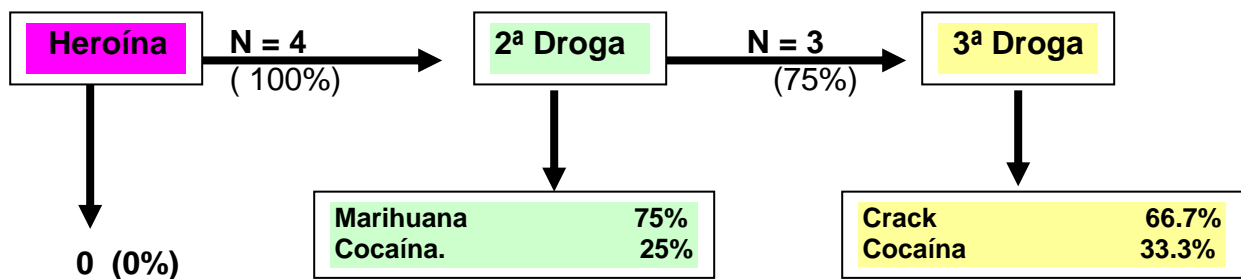
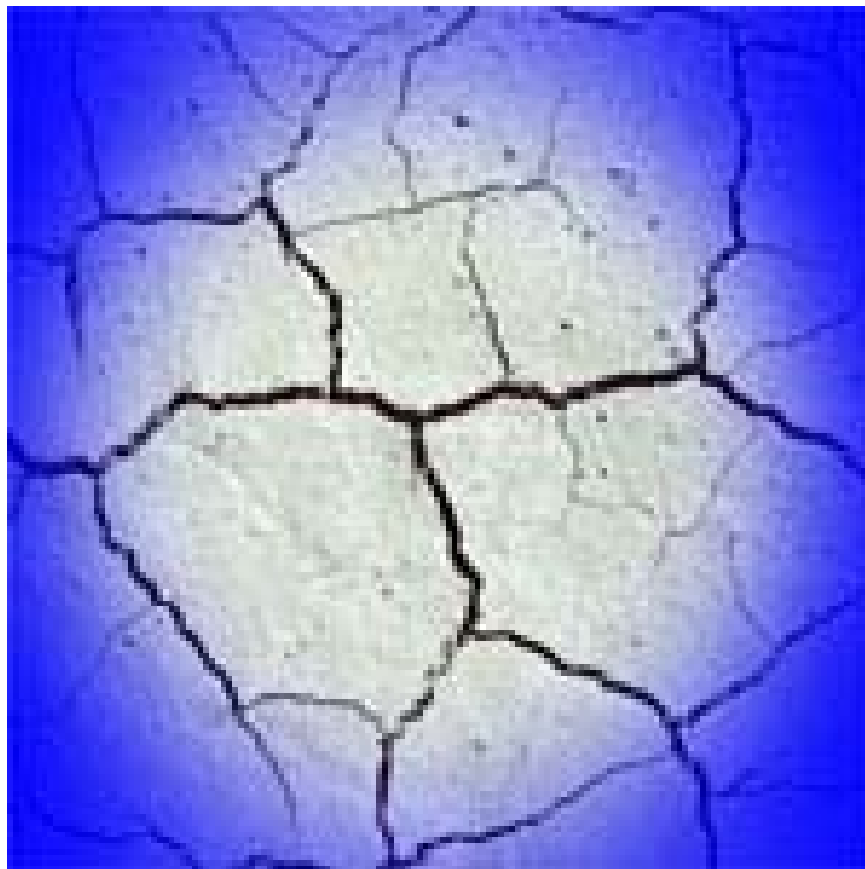


Figura 5: Historia Natural del Consumo de Heroína

## FARMACODEPENDENCIA POR REGIONES



SISVEA RESULTADOS 2003

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.**

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, VIII Puerto Vallarta, 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 la aclaración que el resto de las Regiones Sanitarias, atendieron poca cantidad de pacientes para tratamiento de adicciones, debido al tamaño de la muestra no es posible hacer el análisis porcentual.**

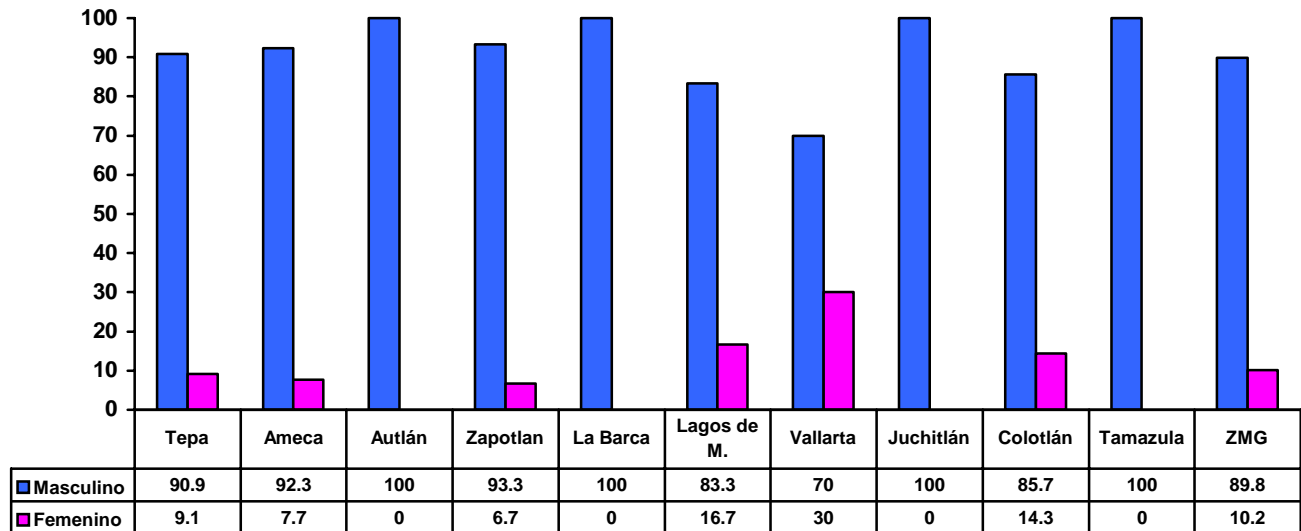
Para facilitar la interpretación de los resultados de cada una de las Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud, se mencionará el lugar sede del Módulo Comunitario de Salud Mental al municipio donde se encuentra ubicado y para el caso de la Ciudad de Guadalajara se tomarán las 4 Regiones Sanitarias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

<b>Cuadro 4: Regiones Sanitarias de la SSJ.</b>	
<b>Región Sanitaria</b>	<b>Sede.</b>
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 todos los casos atendidos en la Barca, Juchitlán, Autlán y Tamazula pertenecen a este género. **(Ver Gráfico N° 5)**

**Gráfico 5: Distribución porcentual de pacientes tratados por farmacodependencia por región sanitaria.**

N = 1,271



Fuente: SISVEA 2003

**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 15 a 19 años fueron los que presentaron mayor afluencia en las Regiones del Estado con sede en Puerto Vallarta, para el grupo entre los 20 a 24 años de edad se registraron con mayor frecuencia en las Regiones de Zona Metropolitana de Guadalajara con el 23.1%, en La Barca el 35.3% y Vallarta con el 30% de sus pacientes; los pacientes entre los 25 a 29 años se registraron como de más afluencia en Ameca con el 38.5%, Zapotlán el Grande el 26.8%, en La Barca el 41% de sus casos y en Colotlán con el 42.9%; sólo en la Zona Metropolitana de Guadalajara se atendieron a pacientes menores de 9 años de edad con el 2% de acuerdo a su registro.

**(Ver cuadro N° 5)**

<b>Cuadro 5: Edad de Aluencia a Centros de Tratamiento por Región Sanitaria</b>										
Grupo de edad	ZMG N=1140	Tepa N=33	Ameca N = 13	Autlán N = 15	Zapotlán N = 15	La Barca N = 17	Lagos N = 18	Vallarta N = 10	Colotlán N = 7	Tamaz N = 4
< 14 años	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	18.8	18.2	7.7	33.3	6.7	17.7	16.7	30	-	-
20 - 24	23.1	6	23	20	20.1	35.3	22.3	30	28.6	25
25 - 29	16.1	18.2	38.5	6.7	26.8	41	16.7	20	42.9	-
30 - 34	15.7	18.2	-	6.7	6.7	-	5.5	20	28.6	25
35 - 39	10.5	24.2	30.8	13.3	20	6	27.8	-	-	25
40 ó >	14.3	15		20	20	-	11	-	-	25

La forma en que acuden a solicitar el tratamiento, las que ofrecen un mayor número y éxito son la presión que ejerce la familia o amigos para que el usuario se atienda y el acudir convencido de necesitar el apoyo profesional para dejar de consumir sustancias adictivas en todas las regiones estudiadas a excepción que en Autlán el 53.3% acudió en forma obligatoria para cumplir con alguna imposición de orden legal; es de llamar la atención que el área médica no está promoviendo la atención, ya que el índice de referencia médica es bajo. **(Ver cuadro No 6).**

<b>Cuadro 6: Forma en que Acude a Centros de Tratamiento por Región Sanitaria</b>										
Forma	ZMG N=1140	Tepa N=33	Ameca N = 13	Autlán N = 15	Zapotlán N = 15	La Barca N = 17	Lagos N = 18	Vallarta N = 10	Colotlán N = 7	Tamaz N = 4
Voluntaria	68.8	24.2	30.8	26.7	66.7	64.7	16.7	90	28.6	-
Amigo/Familia	18.4	69.7	53.8	20	17.6	17.6	55.6	-	71.4	-50
Legal	9.5	-	-	53.3	-	-	22.2	10	-	50
Médica	0.6	6.1	15.4	-	-	-	5.6	-	-	25
Otras.	2.7	-	-	-	17.6	17.6	-	-	-	-

En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de sustancias adictivas, como es de suponerse existen semejanzas y diferencias en cada área geográfica del Estado, en este sentido en Guadalajara vale la pena destacar que en el 43.2% de los pacientes atendidos se encuentran el grupo de jóvenes entre los 15 a 19 años de edad, asimismo se observa la mayor proporción en este grupo de edad en las Regiones de Ameca, Autlán, Zapotlán, La Barca, Lagos de Moreno, Vallarta y Colotlán, sólo en Tepatitlán se observa como la edad más frecuente de inicio entre los 10 a 14 años con el 54.5% de sus pacientes. Y sólo en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Tepatitlán se captaron pacientes que iniciaron a consumir alguna sustancia adictiva antes de los 10 años de edad. **(Ver cuadro N° 7).**

**Cuadro 7: Edad de Inicio en el Consumo de Drogas por Región Sanitaria.**

Grupo de edad	ZMG. N=1140	Tepa N=33	Ameca N = 13	Autlán N = 15	Zapotlán N = 15	La Barca N = 17	Lagos N = 18	Vallarta N = 10	Colotlán N = 7	Tamaz N = 4
9 - <	3.9	3	-							-
10 - 14	33.5	54.5	16	13.3	13.3	17.7	39	20	28.6	25
15 - 19	43.2	39.5	84	53.3	53.3	47	44.5	70	42.9	50
20 - 24	7.1	3	-	20	20	23.5	5.5	10	14.3	0
25 - 29	4.4	-	-	15.4	15.	11.8	-	-	14.3	25
30 - 34	1.2	-	-	-	-	-	11	-	-	
35 - 39	5.8	-	-	-	-	-	-	-	-	
40 ó >	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Las **drogas que se registraron como sustancias de inicio**, encontramos en primer lugar a la marihuana en las siguientes regiones: Guadalajara con el 33.3%, en Ameca con el 61.5%, en Autlán con el 33.3%, en Zapotlán con el 53.3%, Tamazula con el 50%, Vallarta y Colotlán con el 40 y 42.9% respectivamente. El alcohol se registró con mayor frecuencia en Colotlán y Tepatitlán con el 42.9% y 36.3% respectivamente. La cocaína también es una droga importante, ya que se registro como de inicio en el 20.7% de los pacientes atendidos en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Vallarta con el 20%. En Puerto Vallarta aparece el Basuco y en Guadalajara el Cristal y el Crack. **(Ver cuadro N° 8).**

**Cuadro 8: Drogas de Inicio por Región Sanitaria.**

Tipo de droga	ZMG N=1140	Tepa N=33	Ameca N = 13	Autlán N = 15	Zapotlán N = 15	La Barca N=17	Lagos N = 18	Vallarta N = 10	Colotlán N = 7	Tamazula N = 4
Alcohol	20.9	36.3	15.4	13.4	13.4	-	11.1	20	42.9	-
Marihuana	33.3	6.1	61.5	33.3	53.3	94.1	22.2	40	42.9	50
Inhalantes	9.5	3	-	6.7	-	-	27.9	10	-	-
Alucinógenos	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heroína	0.4	-	-	-	-	5.9	-	-	-	-
Opio / morfina		-	-	-	20	-	-	-	-	-
Cocaína	20.7	9.1	23.1	6.7	6.7	-	16.7	20	-	-
Tranquilizantes	3.6	-	-	6.7	6.7	-	5.6	-	14.3	-
Anfetaminas	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaco	5.2	45.5	-	33.3	6.7	-	16.7	-	-	50
Otros psicotrópicos	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basuco / pasta base		-	-	-	-	-	-	10	-	-
Cristal	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Crack	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Las **drogas que causan mayor impacto** en la Zona Metropolitana de Guadalajara son la cocaína con el 34.8%, la pasta base con el 17.8% seguidos por la marihuana y los solventes volátiles con el 12.3% y 7.8% respectivamente. En la Región de Ameca se registró a la cocaína con el 61.5%, a la marihuana y al crack con el 15.4% para cada droga y con el 7.7% para la pasta base de cocaína. De los pacientes atendidos en Autlán y Juchitlán la droga de mayor impacto es la marihuana con el 32.1% y comparten el porcentaje con el 12.5% la heroína, la cocaína y el tabaco y con un registro del 18.7% se observó al alcohol. En Zapotlán el Grande, así como en la Barca la marihuana fue la de mayor impacto seguido por la cocaína. En Lagos de Moreno se encontraron a la cocaína y a los solventes volátiles al igual que en Colotlán. Llama la atención que en Puerto Vallarta el 40% de los pacientes reporta a la pasta base como la droga que ocasiona mayor impacto.

**(Ver cuadro N° 9)**

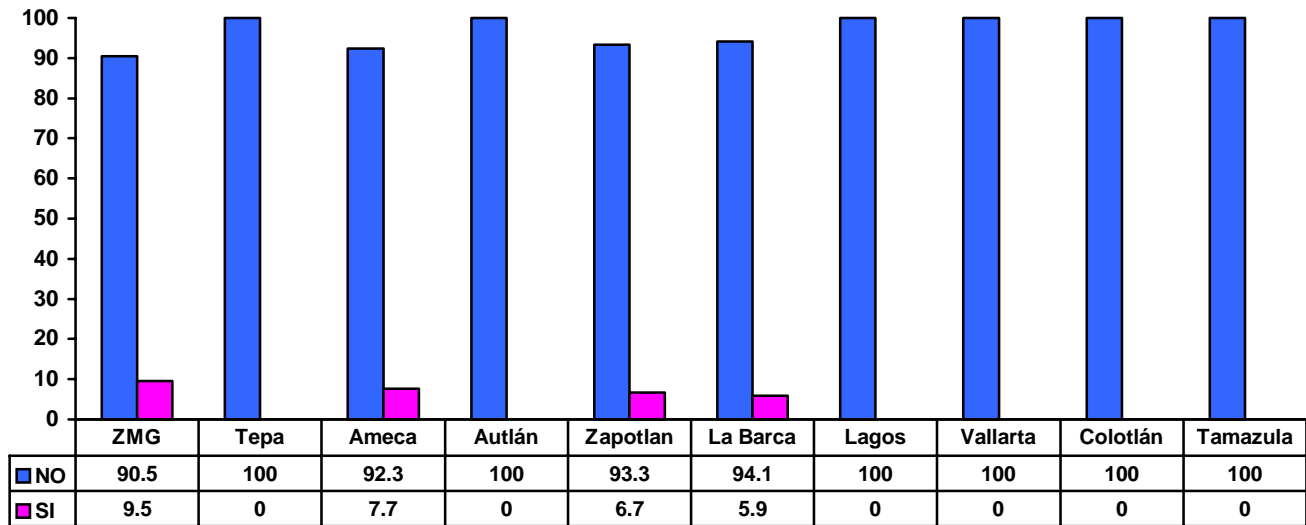
**Cuadro 9: Drogas que causan mayor impacto por Región Sanitaria.**

Tipo de droga	ZMG N= 1140	Tepa N=33	Ameca N = 13	Autlán N = 15	Zapotlán N = 15	La Barca N = 17	Lagos N = 18	Vallarta N = 10	Colotlán N = 7	Tamaz N = 4
Alcohol	5.7	9.1	-	18.7	6.7	-	-	-	-	25
Marihuana	12.3	30.3	15.4	32.1	46.7	70.6	16.7	20	14.3	25
Inhalantes	7.8	6	-	6.3	-	-	27.8	-	-	-
Alucinógenos	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heroína	1.8	-	-	12.5	-	5.9	-	-	-	-
Opio/Morfina	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cocaína	34.8	48.5	61.5	12.5	33.3	23.5	33.3	30	57.1	50
Tranquilizan	4.2	-	-	-	6.7	-	5.6	10	-	-
Anfetaminas	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anticolinerg.	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaco	-	6.1	-	12.5	6.7	-	-	-	-	-
Otros psic.	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basuco/ base	17.8	-	7.7	-	-	-	-	40	14.3	-
Cristal	5.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Crack	5.4	-	15.4	6.3	-	-	16.7	-	14.3	-
Sin Resp.	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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.

Encontramos similitudes en las Regiones de Ameca, Zapotlan el Grande y La Barca, ya que en promedio entre el 5.9% y el 7.7% reportaron usar drogas de tipo intravenoso, registrándose en la Zona Metropolitana de Guadalajara con el mayor índice de uso de drogas intravenosas con el 9.5%. En el caso del resto de las Regiones sanitarias no se atendieron usuarios de drogas intravenosas en los Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones de sus respectivas sedes. **(Ver Gráfico N° 6)**

**Gráfico 6 Distribución porcentual de Usuarios de Drogas intravenosas por región sanitaria.**



Fuente: SISVEA 2003



## CONCLUSIONES

1. El sexo más afectado 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 a los jóvenes entre los 20 a 24 años en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Ameca y La Barca,
3. En Autlán y Puerto Vallarta la edad de atención fue mayor entre los pacientes que contaban entre los 15 y 19 años de edad.
4. Sólo en la Zona Metropolitana de Guadalajara se atendieron a pacientes con una edad menor a los 15 años de edad.
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 como bajo.
6. Los grupos de edad más vulnerables para iniciarse al consumo de drogas es el de 15 a 19 años los encontramos en las Regiones de Guadalajara, Ameca, La Barca, en Lagos de Moreno y Tamazula.
7. Entre los 10 y 14 años se registró como afluente en Tepatitlán y Autlán se concluye que las etapas tempranas de la vida son las de mayor riesgo para iniciar el uso y abuso de sustancias adictivas.
8. Las sustancias de preferencia para iniciarse en el consumo de drogas son el Alcohol, la Marihuana y la Cocaína.
9. Las drogas que causan mayor impacto son la Cocaína y Marihuana; y en Puerto Vallarta el 40% refirió a la Pasta Base o Basuco.
10. El uso de drogas intravenosas mostró un porcentaje mayor en Guadalajara con el 9.5%, con proporciones muy semejantes se registró en Ameca, Zapotlán el Grande y La Barca.

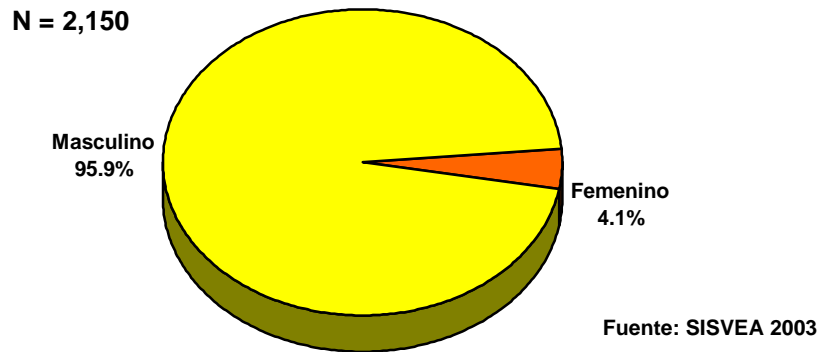
## CONSUMO DE ALCOHOL



Los resultados que arroja el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, en el presente indicador, están representados por los pacientes que acudieron a los diferentes Centros de Tratamiento que aportan su información al SISVEA y que se encuentran ubicados dentro de la **Zona Metropolitana de Guadalajara y los Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones en las diferentes Regiones del Estado durante el año 2003**, registrándose un total de 2,150 pacientes, que para facilitar la interpretación de los resultados se describirán por partes, iniciando por las características sociodemográficas.

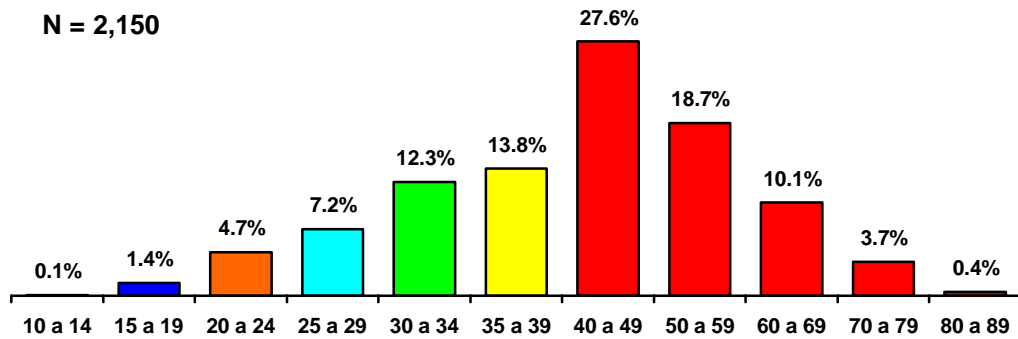
De acuerdo a la distribución por **sexo de la población que acude a demandar el tratamiento** para el uso y abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo, en el sexo masculino predomina con un 95.9% y en el femenino sólo con el 4.1%. **(Ver Gráfico N° 7)**

**Gráfico 7: Distribución por Género**



La **edad de afluencia** que acude a los Centros de Tratamiento para solicitar la ayuda, se encontró que quien mayormente demandan la atención, es el grupo de mayores de 40 a 49 años con el 27.6%, seguidos por el de 50 a 59 con el 18.7%, con el 13.8% los de 35 a 39 años y el 12.3% para los de 30 a 34 años, el de 60 a 69 con el 10.1%, el 7.2% registró el grupo entre los 25 a 29 años, 4.7% los de 20 a 24 años, de 15 a 19 años con el 1.4% y el de 10 a 14 años con sólo el 0.1%. **(Ver gráfico N° 8)**

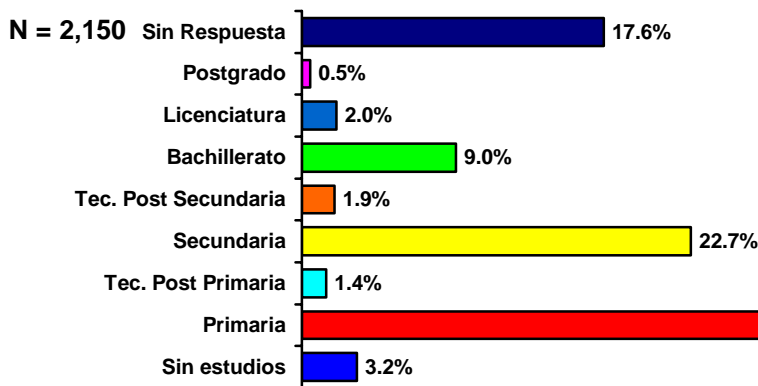
**Gráfico 8: Edad de Afluencia**



Fuente: SISVEA 2003

En cuanto a **la escolaridad** de los pacientes, observamos que el 41.7% cursó la primaria, el 22.7% la secundaria, el 9% el bachillerato, el 3.2% es analfabeta, el 2% tiene licenciatura y el 0.5% cuenta con un postgrado, y un 17.6% no respondieron. **(Ver gráfico N° 9)**

**Gráfico 9: Escolaridad**



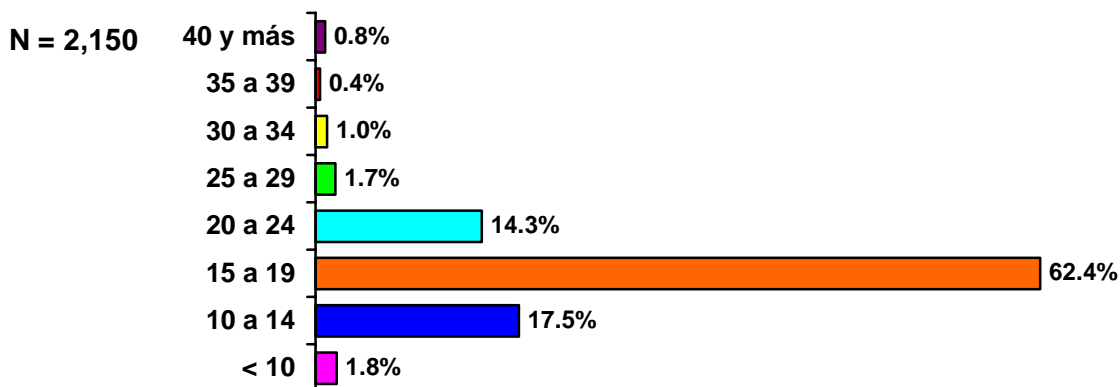
Fuente: SISVEA 2003

En relación al **estado civil** de los pacientes con problema de alcoholismo, se encontró que el 62.2% está casado, el 26.3% son solteros, el 3.1% están divorciados, en unión libre el 3%, el 2.8% están separados y el 2.3% son viudos.

Con relación a la **forma en que acuden** a recibir tratamiento, la fórmula que logra mayor éxito es cuando lo motivan los amigos y familiares, ya que el 71.5% lo hace bajo estas circunstancias, el 20.7% acude voluntariamente y el 0.8% lo hace por indicación legal; es de llamar la atención que en ningún caso acudió por indicación de algún médico.

Refiriéndonos a la **edad de inicio en el uso y abuso de bebidas** que contienen alcohol, el 62.4% inició entre los 15 a 19 años, el 17.5% entre los 10 a 14 años y el 14.3% entre los 20 a 24 años. Como podemos observar la edad más vulnerable para iniciarse en el uso y abuso de las bebidas alcohólicas son los jóvenes hasta los 19 años y en edades posteriores el riesgo de iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas disminuye considerablemente como se ilustra en el **gráfico n° 10**.

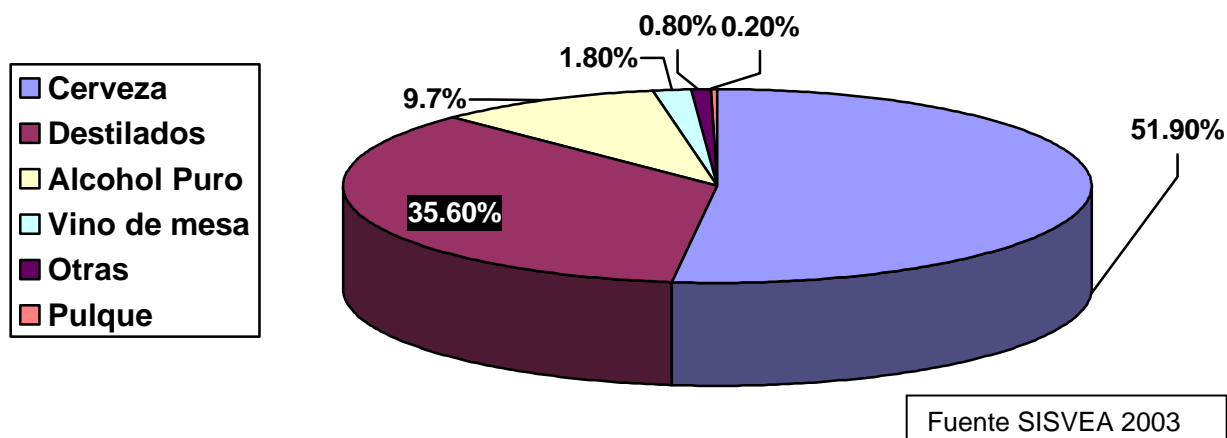
Gráfico 10: Edad de Inicio



Fuente: SISVEA 2003

Con relación a las **bebidas alcohólicas que se consumen al iniciar el uso**, encontramos en primer lugar a la cerveza con el 51.9%, en segundo lugar los destilados con el 35.6%, el alcohol puro sólo el 9%, el vino de mesa el 9.7%, los menos usuales para iniciar el consumo de bebidas alcohólicas en nuestro Estado es el pulque con el 0.2%. **(Ver Gráfico N° 11)**

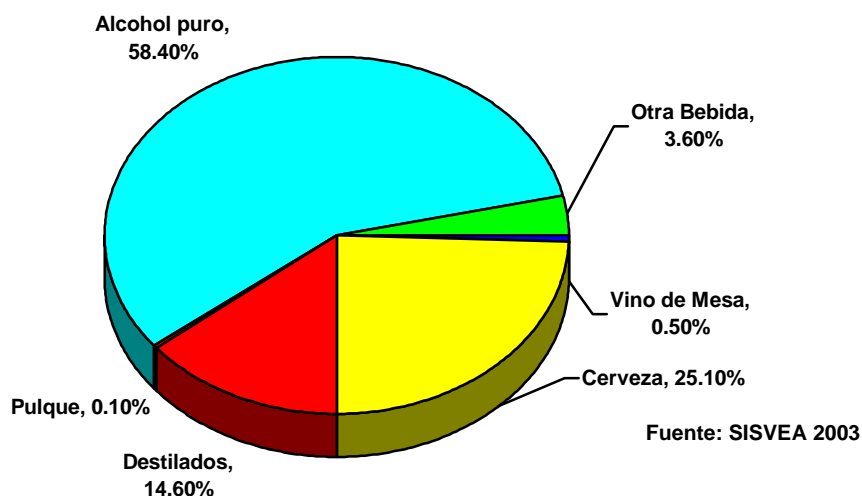
Gráfico 11: Tipo de Bebida de Inicio.



En cuanto a los **tipos de bebida que más consumen actualmente** estos pacientes que ya desarrollaron síndrome de dependencia, observamos que es el alcohol de 96°GL con un 58.4%, la cerveza con el 25.1%, 14.6% consume los destilados, el 0.5% usa el vino de mesa y el pulque con el 0.1%. **(Ver gráfico N° 12)**

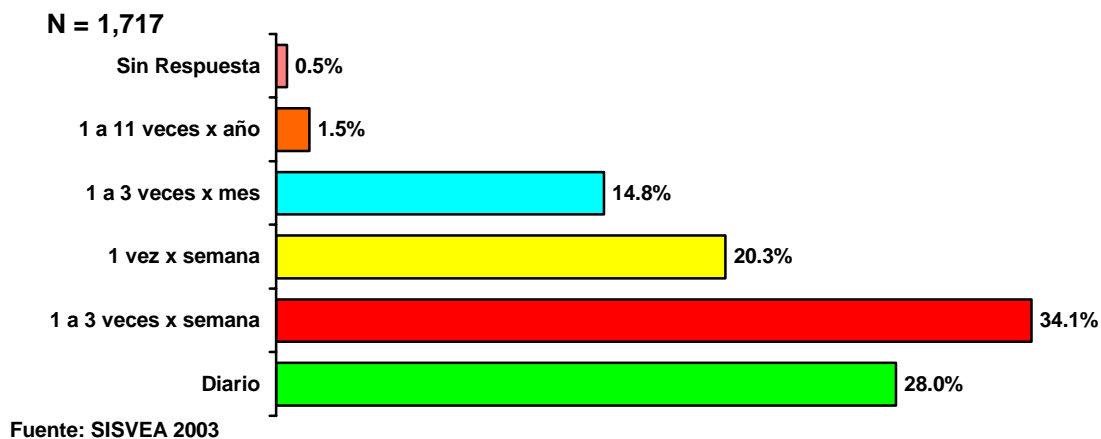
**Gráfico 12: Tipo de Bebida de mayor consumo**

**N = 2,150**



Cabe hacer mención que el **patrón de consumo de bebidas alcohólicas** que más frecuentemente encontramos, son los usuarios consuetudinarios, ya que el 34.1% lo consume entre 1 a 3 ocasiones por semana, el 28% lo usa diariamente, entre una vez a la semana y entre 1 a tres veces por mes con el 20.3% y el 14.8% respectivamente y sólo el 1.5% lo utiliza de 1 a 11 veces al año. **(Ver gráfico N° 13)**

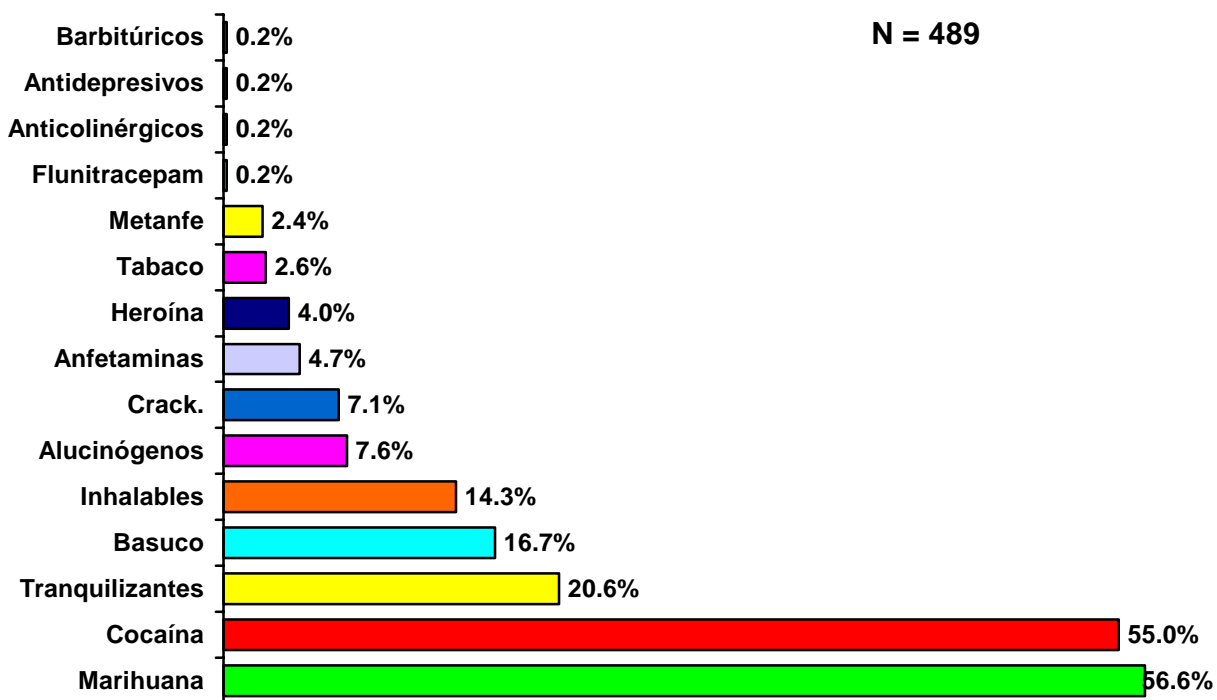
**Gráfico 13: Patrón de Consumo.**



Con relación a la **cantidad de consumo** de bebidas alcohólicas por ocasión, tenemos que la gran mayoría son usuarios fuertes puesto que el 41.2% consume entre 6 a 10 copas al día, el 29.4% ingiere más de 16 copas, el 19.3% entre 1 a 5 y el 4.7% de 11 a 15 copas.

En lo que corresponde a los **pacientes que aceptaron haber tenido experiencias con otras drogas, encontramos con respuesta afirmativa a 489 sujetos, lo que representa el 23.2%**. De ellos 277 que representa el 56.6% han experimentado con marihuana, el 55% con cocaína y el 20.6% utiliza los tranquilizantes, el basuco con el 16.7%, y el 14.3% ha experimentado con inhalantes, con la heroína 4%, con crack el 7.1%, así como otras sustancias en menor proporción de consumo. **(Ver gráfico n ° 14)**

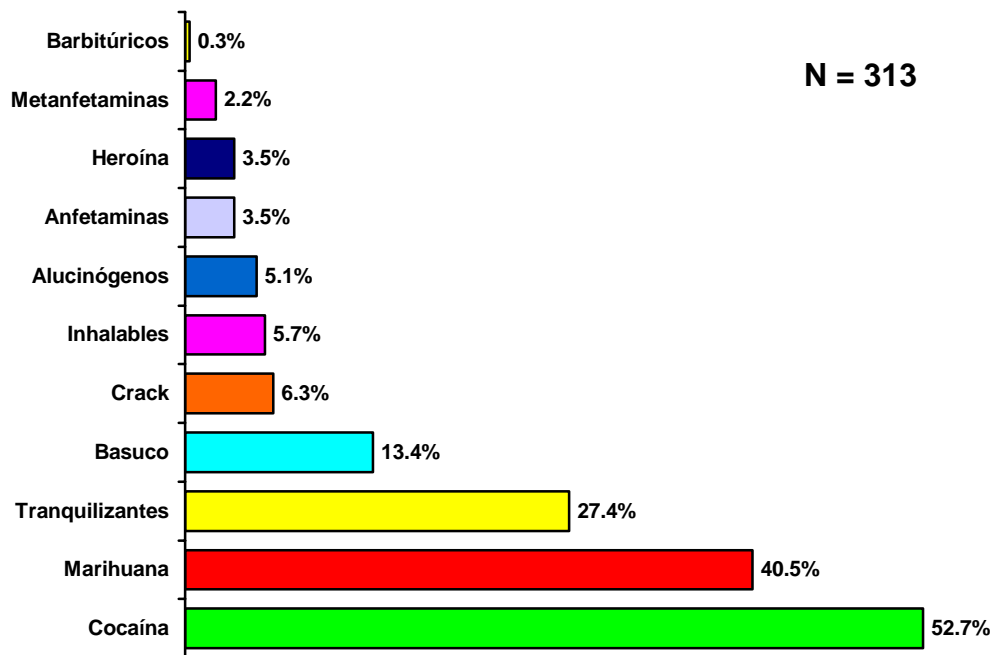
**Gráfico 14: Drogas con las que experimentan los usuarios de Alcohol.**



Fuente: SISVEA  
2003

De los **489 sujetos** que han tenido experiencias con otras drogas, **313 pacientes** que **representa el 64%** refirieron **combinar el alcohol con otras drogas** y encontrando como de mayor preferencia a la **cocaína con el 52.7%**, seguido por la **marihuana con el 40.5%**, los tranquilizantes con el 27.4%, 13.5% de los pacientes lo combina con pasta base, con crack el 6.3%, para los inhalables el 5.7%, alucinógenos 5.1%, para mayor información sobre otras drogas (**Ver Gráfico N° 15**)

**Gráfico 15: Drogas que usan en combinación con el Alcohol.**



Fuente: SISVEA  
2003

Como podemos observar en el **cuadro número 10** el porcentaje de pacientes que reúnen los **criterios de dependencia al alcohol**, encontramos que el 94.7% refiere que ha tomado una copa en la mañana siguiente de una borrachera para curarse la cruda, el 94.4% refiere que ha estado borracho durante varios días, el 92.6% ha tenido que tomar más para sentir los mismos efectos y el 94.1% una vez que empieza a tomar le es difícil parar antes de sentirse completamente ebrio el 93.1% tiene dificultad para dejar de beber a pesar de habérselo propuesto.

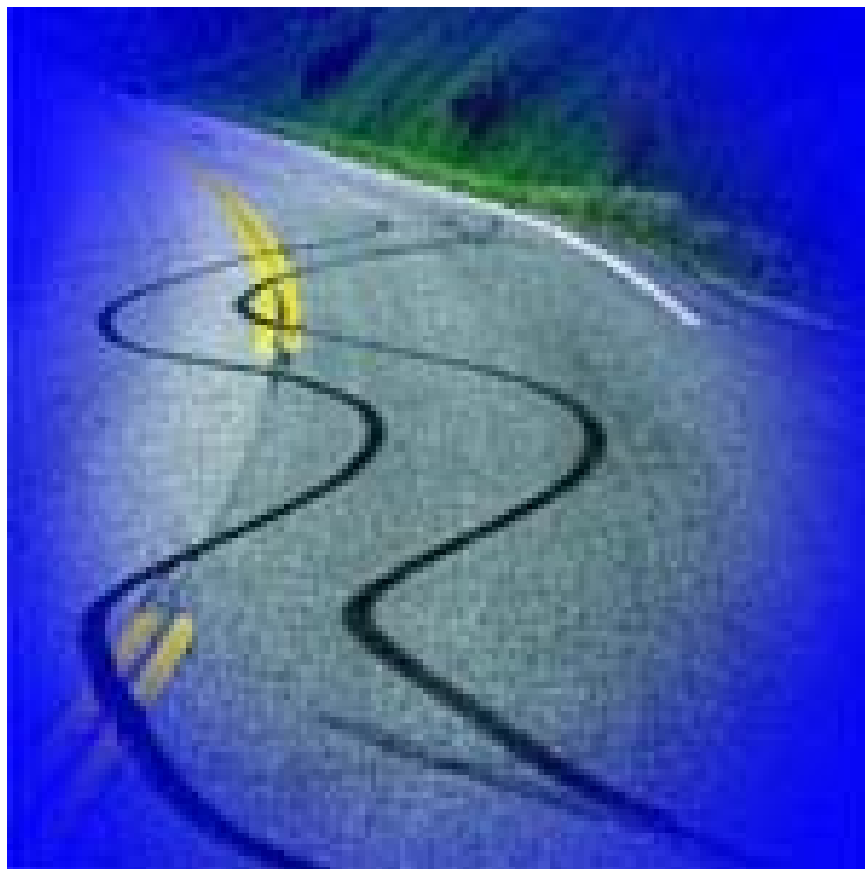


<b>Cuadro 10: Criterios de Dependencia al Alcohol</b>	<b>Porcentaje</b>
¿Me he despertado, sudoroso o tembloroso porque me hace falta tomar alcohol?	<b>91.4</b>
¿He estado borracho durante varios días?	<b>94.4</b>
¿Una vez que empiezo a tomar, me es difícil parar antes de sentirme completamente borracho?	<b>94.1</b>
¿Me he tomado una copa a la mañana siguiente de una borrachera para “curarme la cruda”?	<b>94.7</b>
¿Por estar bebiendo dejo de comer?	<b>50.5</b>
¿He notado cambios en mis hábitos de consumo de alcohol?	<b>84.5</b>
¿Tomo siempre igual no importando si es entre semana, fin de semana o si voy a alguna fiesta?	<b>71.4</b>
¿Alguna vez he tomado tanto que al día siguiente no puedo recordar lo que dije o hice?	<b>90.2</b>
¿Al dejar de tomar o reducir la cantidad que estaba tomando, he tenido temblores alguna vez?	<b>79.5</b>
¿Debido al consumo de alcohol he tenido que dejar de trabajar una semana o menos?	<b>66.6</b>
¿Mi consumo de bebidas alcohólicas ha interferido en actividades familiares y de otro tipo?	<b>90.2</b>
¿Cuándo siento la necesidad de una copa, no puedo concentrarme en otra cosa?	<b>75.2</b>
¿Tengo problemas para dejar de beber, a pesar de habérmelo propuesto?	<b>93.1</b>
¿He tratado de reducir el consumo pero no puedo?	<b>85.2</b>
¿He tenido que tomar más para sentir los mismos efectos?	<b>92.6</b>

## CONCLUSIONES

- El sexo que más acude a solicitar tratamiento es el masculino con una relación de hombre/mujer de 9 a 1.
- La edad de inicio para consumir bebidas alcohólicas es entre los 10 a 19 años de edad.
- El grupo que demanda más frecuentemente la atención es el de 40 a 49 años, cuando en promedio han consumido bebidas alcohólicas durante años.
- La invitación por amigos y familiares, es la fórmula que tiene mayor éxito para que los pacientes acudan a solicitar tratamiento.
- Las bebidas alcohólicas de inicio en el consumo son la Cerveza y los Destilados.
- La bebida que mayormente se consume por la población que ya desarrolló síndrome de dependencia es el alcohol del 96°GL y la cerveza.
- El patrón de consumo de las bebidas alcohólicas se encuentra entre una a tres veces por semana, siendo más de 6 copas al día.
- El 23.2% de los pacientes refieren que han tenido experiencias con otras drogas registrando por orden de frecuencia y de mayor preferencia la cocaína y la marihuana, así como a los tranquilizantes y el basuco.
- El 64% de las personas que han usado otras drogas, refieren combinar el alcohol con otras sustancias.

## CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES



SISVEA RESULTADOS 2003

En los datos obtenidos en el presente indicador se analizan a los pacientes que fueron atendidos en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco. Dichos pacientes recibieron tratamiento en los **Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud Jalisco.**

Los datos plasmados en este documento, representan a la población que acudió a solicitar tratamiento para dejar de consumir alcohol, en los Módulos ubicados en las Regiones Sanitarias de I Colotlán, II Lagos de Moreno, III Tepatitlán, VII Autlán y Juchitlán, X Hidalgo Zapopan, XI Libertad Tonalá, XII Reforma Tlaquepaque y XIII Juárez Tlajomulco, las últimas 4 Regiones cubren la Zona Metropolitana de Guadalajara, donde participan además de los Módulos Comunitarios, las Instituciones y Organismos No Gubernamentales.

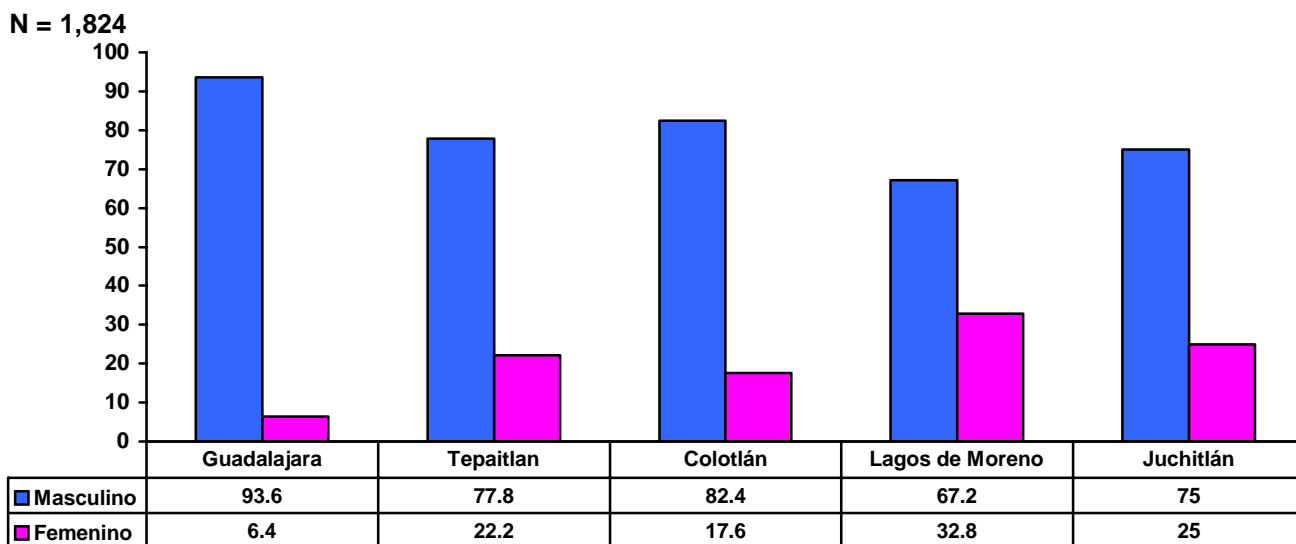
**Cabe hacer la aclaración que el resto de las Regiones Sanitarias, atendieron poca cantidad de pacientes para tratamiento de alcoholismo, dada la cantidad de la muestra no es posible hacer el análisis porcentual.**

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, el municipio donde se encuentra ubicado y para el caso de la Ciudad de Guadalajara se tomarán las 4 Regiones Sanitarias que la conforman, como se describe a continuación en el **cuadro No 11.**

<b>Cuadro 11: Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud Jalisco.</b>	
<b>Región Sanitaria</b>	<b>Sede.</b>
I Colotlán.	Colotlán.
II Lagos de Moreno.	Lagos de Moreno.
III Tepatitlán.	Tepatitlán.
VII Autlán.	Juchitlán.
X Hidalgo Zapopan. XI Libertad Tonalá. XII Reforma Tlaquepaque. XIII Juárez Tlajomulco.	Zona Metropolitana de Guadalajara ( ZMG)

Con relación a la **distribución por sexo**, en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, se observa el predominio en el sexo masculino en prácticamente todas ellas, el sexo femenino se presentó en mayor proporción en Lagos de Moreno y Juchitlán con el 32.8% y 25% respectivamente. **(Ver Gráfico N° 16)**

**Gráfico 16: Distribución porcentual de pacientes tratados por alcoholismo por región sanitaria.**



Fuente: SISVEA 2003

Con relación a la **edad de afluencia a los Módulos Comunitarios de Salud Mental para el problema de alcoholismo**, se manifestó una tendencia continua sobre las edades de más de 35 años en todas las regiones estudiadas, predominando los mayores de 40 años en Guadalajara, Lagos de Moreno y Juchitlán. En Lagos de Moreno y Guadalajara se registraron casos de atención en menores de 14 años de edad, a diferencia de las otras regiones.

**(Ver Cuadro N° 12)**

<b>Cuadro 12: Edad de Afluencia a Centros de Tratamiento por Región Sanitaria.</b>					
<b>Grupo de edad</b>	<b>Guadalajara N = 1717</b>	<b>Tepaitlán N = 18</b>	<b>Juchitlán N = 18</b>	<b>Colotlán N = 17</b>	<b>Lagos de Moreno N = 64</b>
< 14 años	0.5	-	-	-	1.6
15 - 19	3.1	-	-	17.6	10.9
20 - 24	6.4	5.6	12.5	11.8	10.9
25 - 29	9.3	22.3	12.5	23.6	22
30 - 34	11.8	16.7	-	17.7	9.4
35 - 39	16.6	44.4	12.5	17.7	15.6
40 ó >	52.3	11.2	62.5	11.8	29.7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

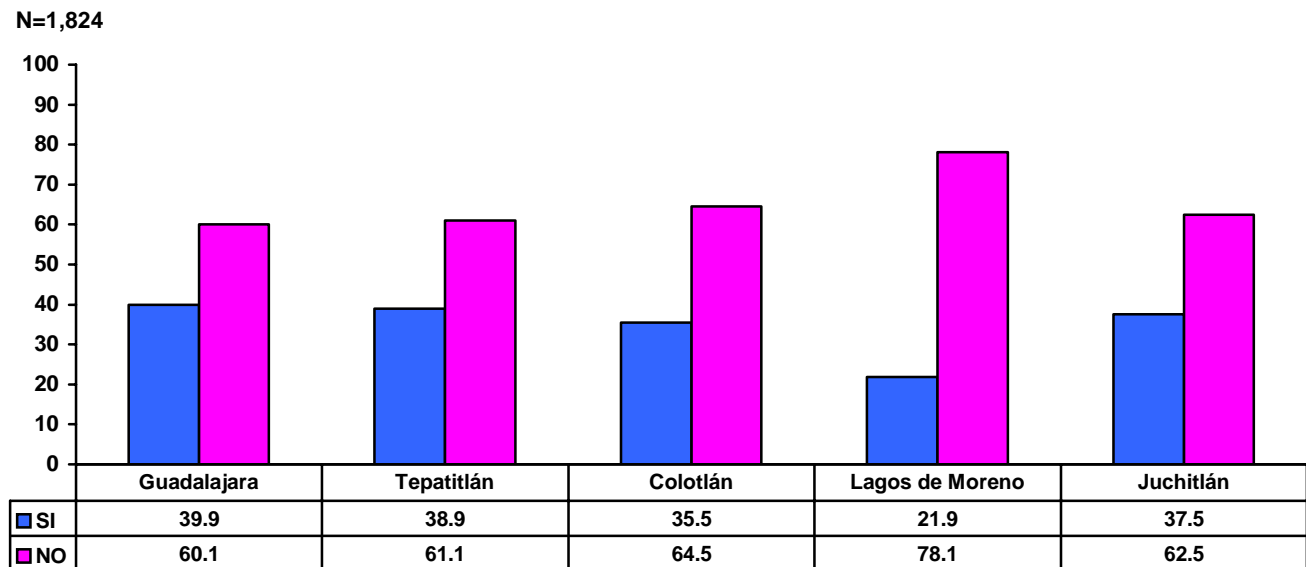
En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de bebidas alcohólicas, existen semejanzas en las Regiones, ya que el inicio se encuentra entre los jóvenes con el rango edad de los 15 a 19 años en todas las regiones a excepción de Lagos de Moreno, donde el inicio es todavía en edades más tempranas de la niñez y la adolescencia entre los 10 y 14 años. **(Ver Cuadro N° 13)**

**Cuadro 13: Edad de Inicio en el Consumo de Bebidas Alcohólicas por Región Sanitaria.**

Grupo de edad	Guadalajara N = 1717	Tepatitlán N = 18	Juchitlán N = 18	Colotlán N = 17	Lagos de Moreno N = 64
9 ó < años	4.8	5.6	-	5.9	3.1
10 - 14	23.7	38.8	12.5	11.8	42.4
15 - 19	52.3	50	62.5	64.7	37.5
20 - 24	10.4	-	12.5	11.8	11
25 - 29	2.3	-	12.5	5.9	-
30 - 34	1.5	-	-	-	3.1
35 - >	4.9	5.6	-	-	3.2

Una proporción importante de los **pacientes usuarios de bebidas alcohólicas, refieren haber tenido experiencias con otro tipo de sustancias adictivas**, en todas las regiones con proporciones similares por arriba del 35% en Colotlán hasta casi el 40% en Guadalajara, la menor proporción de usuarios de otras drogas además del alcohol es en Lagos de Moreno, registrándose sólo un 21.9% . **(Ver Gráfico N° 17)**

**Gráfico 17 Experiencia con otras drogas por región sanitaria.**



Fuente: SISVEA 2003

Las **drogas que reportaron estos pacientes**, como de mayor consumo en la ciudad de Guadalajara son el tabaco, marihuana, cocaína, tranquilizantes e inhalantes. En Tepatitlán se consume la marihuana y cocaína, asimismo para Lagos de Moreno, Colotlán y Juchitlán. **(Ver Cuadro N° 14)**

<b>Cuadro 14: Drogas más utilizadas por usuario de Alcohol por Región Sanitaria.</b>					
<b>Droga</b>	<b>Guadalajara</b>	<b>Tepatitlán</b>	<b>Juchitlán</b>	<b>Colotlán</b>	<b>Lagos de Moreno</b>
Marihuana	14.7	71.4	100	66.7	50
Inhalantes	3.5	14.3	33.3	-	21.4
Alucinógenos	-	-	-	-	-
Hongos	-	-	-	-	7.1
Heroína	1.7	-	-	-	-
Opio / morfina	-	-	-	-	-
Cocaína	12.4	42.9	-	33.3	28.6
Tranquilizantes	7.6	-	33.3	-	7.1
Barbitúricos	-	14.3	-	-	-
Anfetaminas	-	14.3	-	-	7.1
Anticolinérgicos	-	-	-	-	-
Tabaco	54	-	-	-	-
Antidepresivos	-	-	-	-	-
Otros					
Psicotrópicos	5.4	-	-	-	-
Basuco / pasta					
Base	-	14.3	-	-	7.1
Cristal	0.7	-	-	-	-
Flunitracepam	-	-	-	-	-
Crack	-	-	-	-	-
Refractil ofteno	-	-	-	-	-

En los pacientes que refirieron tener contacto con otras sustancias y que **además combinan al alcohol con éstas**, la mayor proporción se encontró en Guadalajara, ya que el 48.8% de esta población las combina, el 25% de los casos se registró en Juchitlán y con el 17.3% y 16.7% se presentó en Colotlán y Tepatitlán. **(Ver Cuadro N° 15)**

**Cuadro 15: Pacientes que han experimentado con otras drogas y las combinan con el alcohol por Región Sanitaria.**

Combina el alcohol con otras drogas	Guadalajara N = 589	Tepatitlán N = 7	Juchitlán N = 5	Colotlán N = 6	Lagos de Moreno N = 14
SI	48.8	16.7	10.9	25	17.3
NO	51.2	83.3	89.1	75	82.7

Las sustancias **ilegales que se prefieren para combinar con el alcohol**, se aprecian diferencias en cada una de las regiones estudiadas, para el caso de Guadalajara se combina mayormente con cocaína y marihuana con un 53.5% y 34.3% respectivamente, el 24.6% lo consumen con tranquilizantes.

En Tepatitlán se combina con cocaína, tranquilizantes y flunitracepam en la misma proporción cada uno con el 33.3%; en Lagos de Moreno el 42% lo combina con tabaco y dentro de las drogas ilegales con cocaína y marihuana, así mismo en Colotlán. En Juchitlán predomina el uso de inhalantes y tabaco. **(Ver Cuadro N° 16)**

**Cuadro 16: Drogas más utilizadas en combinación con alcohol por Región Sanitaria.**

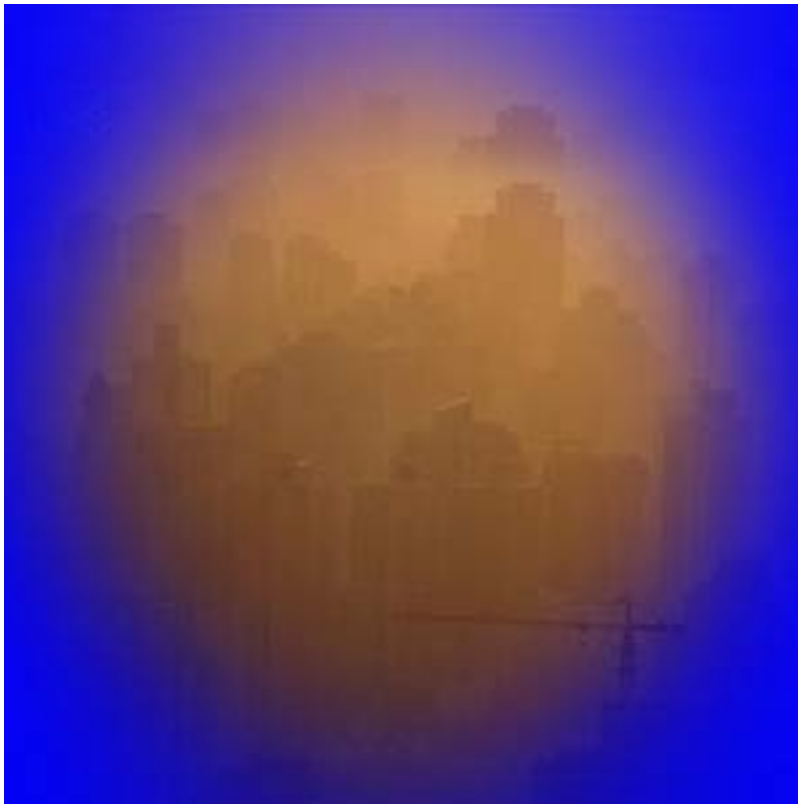
Droga	Guadalajara	Tepatitlán	Juchitlán	Colotlán	Lagos de Moreno
Marihuana	34.3			66.6	14.3
Inhalantes	5.2		50		
Hongos					
Heroína	0.7				
Cocaína	53.5	33.3			28.6
Tranquilizantes	24.6	33.3			
Barbitúricos					
Tabaco			50	33.4	42.6
Antidepresivos	26.7				
Cristal	2.7				
Flunitracepam	0.34	33.4			
Crack					14.3
Refractil ofteno	10.5				



## CONCLUSIONES

1. El sexo más afectado en todas las regiones pertenece al masculino.
2. La edad de afluencia a los Centros de Tratamiento para el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo se encontró en lo edad adulta en Guadalajara, Juchitlán, Lagos de Moreno y en edades más tempranas en Colotlán y Tepatitlán.
3. Los grupos de edad de mayor riesgo para iniciar el consumo de bebidas alcohólicas se encuentra entre los 10 y los 19 años de edad en todas las regiones.
4. Los pacientes atendidos por alcoholismo y que refirieron haber tenido experiencias con otras drogas no existe diferencia significativa en las Regiones de Colotlán, Tepatitlán, Guadalajara y Juchitlán. Presentando menor proporción de consumidores de alcohol y otras drogas en Lagos de Moreno.
5. Las drogas que se consumen con mayor frecuencia por esta población es la marihuana, cocaína, inhalables y tranquilizantes. Aparece el uso de pasta base en Lagos de Moreno y Tepatitlán.
6. Las drogas que se consumen en combinación con el alcohol son la cocaína, marihuana y tabaco.

# TABACO



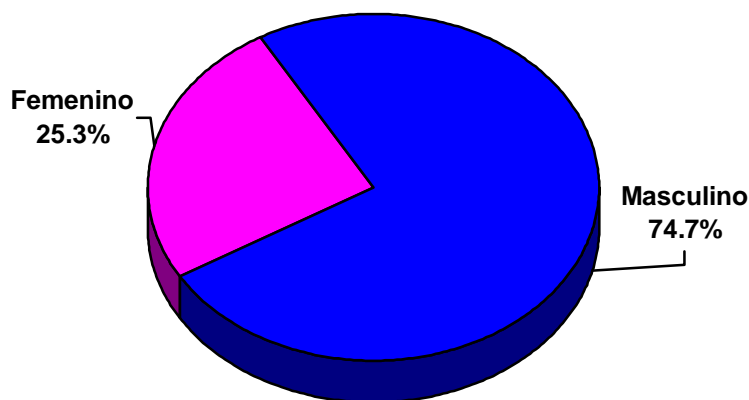
Durante el periodo comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2003 se integraron al esquema de tratamiento en la **Clínica para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil A.C.**, a los **Módulos Comunitarios de Salud Mental e Instituciones y Organismos No Gubernamentales** que participan en este Indicador a un total de 186 sujetos de los cuales 74 se atendieron en la Zona Metropolitana de Guadalajara y 112 casos en las diferentes Regiones del Estado.

Para facilitar la interpretación del análisis se desglosará inicialmente de forma global y posteriormente en el apartado de Regiones describiendo las características que en cada una de las Regiones Sanitarias del Estado de Jalisco.

Los pacientes atendidos presentan las siguientes características sociodemográficas: de acuerdo a la **distribución de la población por género** el 74.7% pertenece al masculino y el 25.3% al femenino, registrando un índice de masculinidad de 2.9 /1 (**Ver gráfico N° 18**)

**Gráfico 18: Distribución por Género**

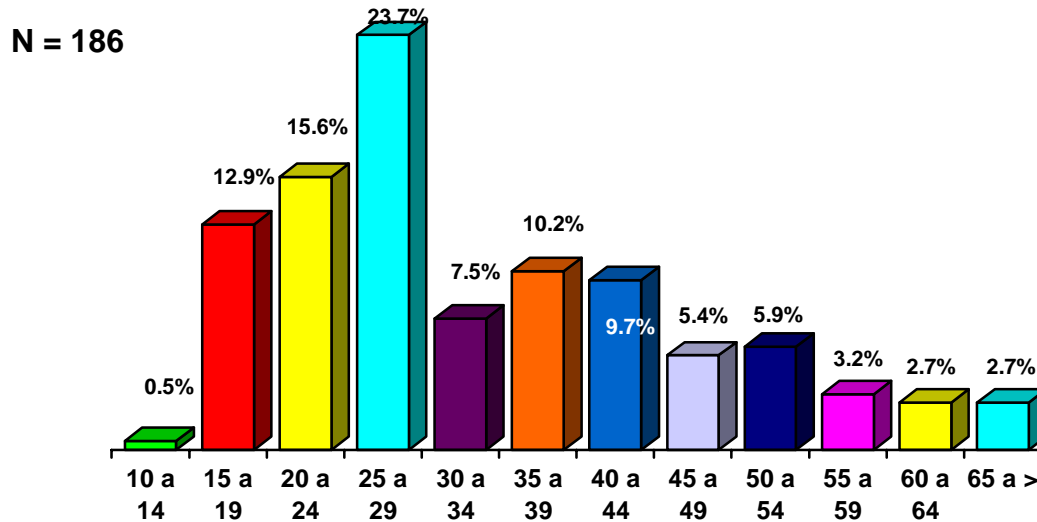
**N = 186**



Fuente: SISVEA 2003

**El grupo de edad que con mayor frecuencia acude a tratamiento** es el grupo entre los 25 a 29 años con el 23.7%, seguido por el de 20 a 24 años y 15 a 19 años con el 15.6% y 12.9% respectivamente, con índices menores al 10% se encuentran los de 40 a 44 años, 30 a 34 y 50 a 54 años, el grupo de edad que acude con muy poca frecuencia son aquellos que tienen 55 años o más y se registró un 0.5% de adolescentes menores a los 14 años de edad en tratamiento. (**Ver gráfico N° 19**)

Gráfico 19: Edad de Afluencia

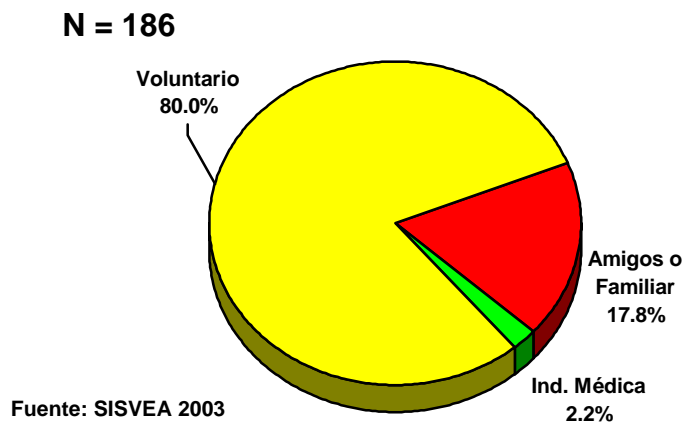


Fuente SISVEA 2003

Con relación al **estado civil de los pacientes** estudiados, prevalecen los casados con el 49.5%, los solteros en un 38.2%, en menor proporción encontramos a los viudos y en unión libre con el 3.8% para cada uno de ellos, se registra la misma proporción porcentual para los separados y divorciados con el 2.2% para cada uno.

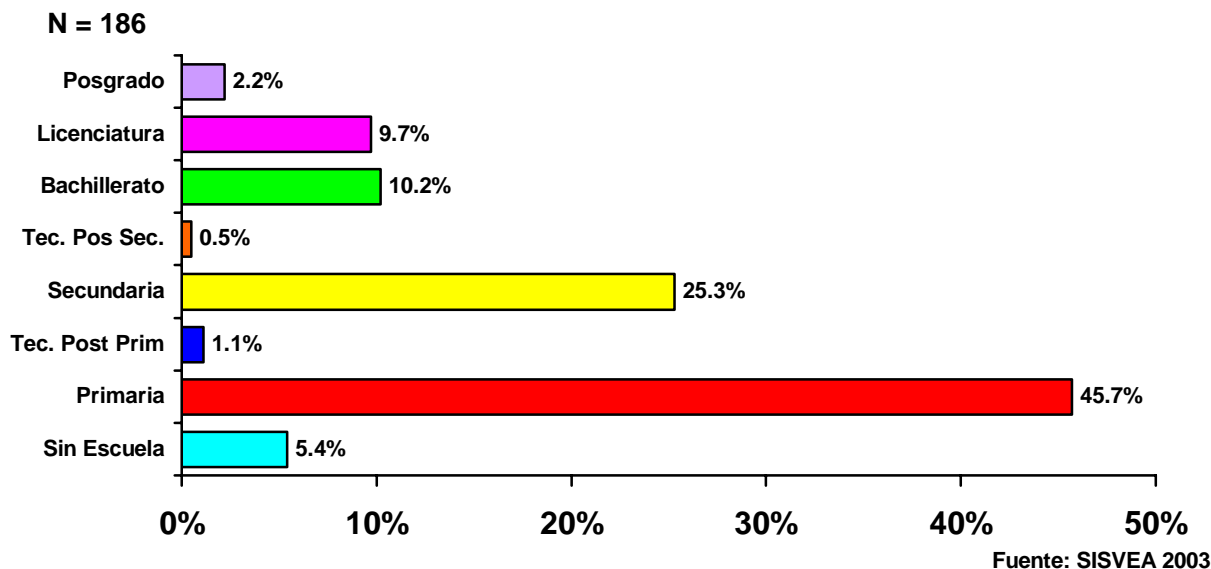
**La forma en que acuden a solicitar el tratamiento**, el 80% asiste voluntariamente y el 17.8% por seguir el consejo de algún amigo o familiar. Es de observar que la menor proporción acude por indicación médica con sólo el 2.2%. **(Ver gráfico N° 20)**

Gráfico 20: Forma en que Acuden a Solicitar el Tratamiento



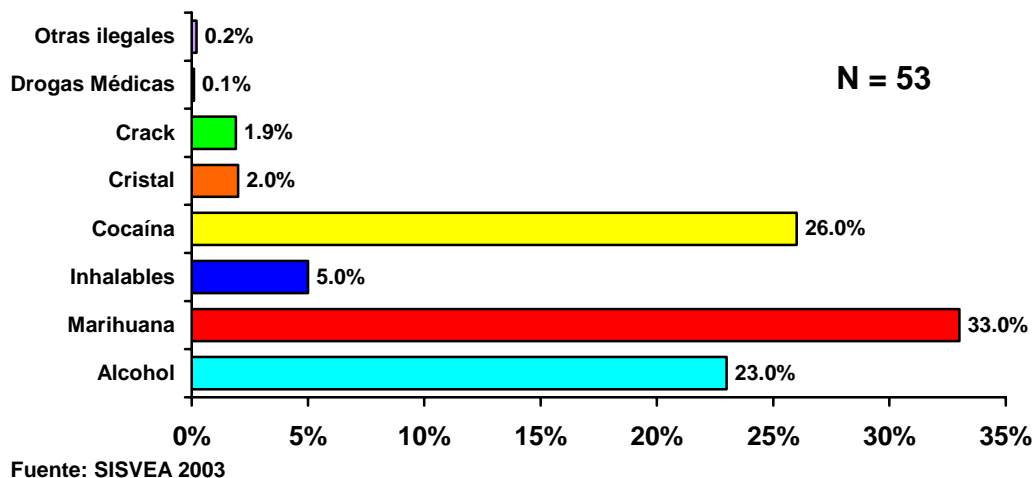
En cuanto al **nivel de instrucción escolar**, tenemos que el 45.7% cuenta con la educación primaria, seguido por los que terminaron la secundaria y licenciatura con el 25.3% y 9.7% respectivamente, el 10.2% cursó el bachillerato y el 5.4% refirió no haber cursado ningún grado escolar. **(Ver gráfico N° 21)**

**Gráfico 21: Nivel de Instrucción Escolar**



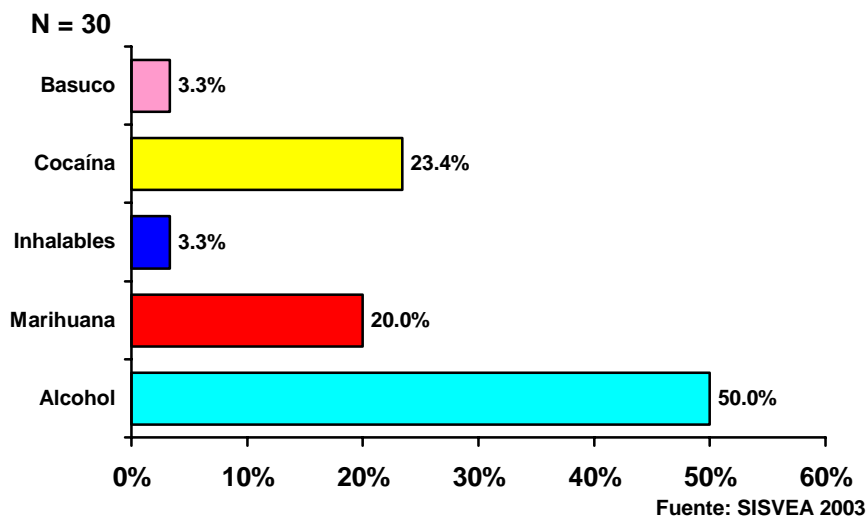
Dadas las características que presentan los pacientes atendidos en estas Unidades para dejar de fumar, de los 186 sujetos tratados, encontramos que 53 sujetos que representa el 28.5% refieren **haber consumido además de tabaco otras drogas**, encontrando que el 26% ha tenido experiencia con cocaína, el 33% ha usado marihuana, con alcohol el 23%, el 5% con solventes volátiles, el 2% ha experimentado con cristal y otras drogas de tipo ilegal con la misma proporción. **(Ver gráfico N° 22)**

**Gráfico 22: Drogas que han Consumido**



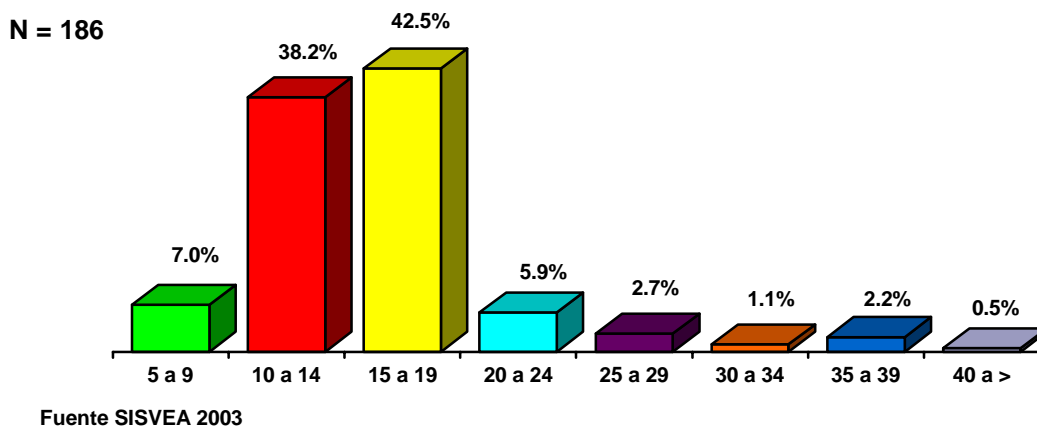
De los 53 sujetos que refieren haber tenido experiencia con otras sustancias, en 30 pacientes que corresponde al 56.6% consumieron **tabaco en combinación con otro tipo de drogas**, encontrando como las de mayor preferencia al alcohol con el 50%, con cocaína en el 23.4%, en tercer lugar se encontró a la marihuana con el 20%, con inhalables el 3.3%, así como para la pasta base o basuco. **(Ver Gráfico N° 23)**

**Gráfico 23: Drogas que han combinado con tabaco.**



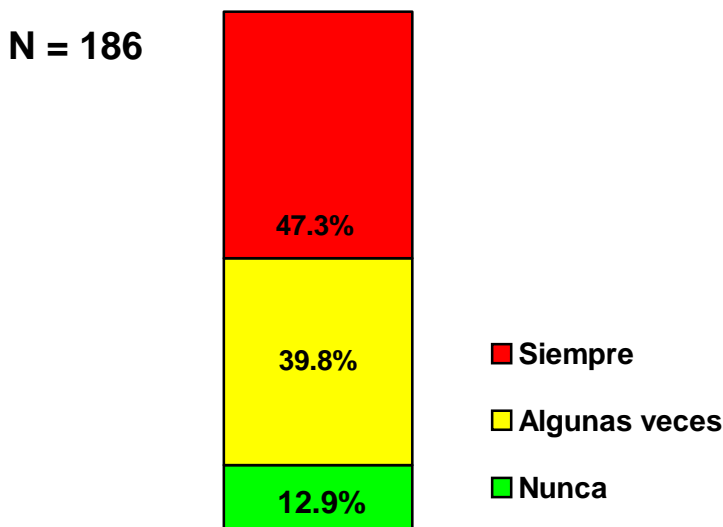
**La edad de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco** se encuentra entre los 15 a 19 años y entre los 10 a 14 años de edad, ya que sólo en estos grupos en suma representan el 80.7% de todos los sujetos estudiados, seguidos por los que se encuentran entre los 5 a 9 años con el 7% y el grupo de 20 a 24 años con el 5.9%, como se observa en el gráfico es evidente que una edad mayor a los 20 años el riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco disminuye considerablemente. **(Ver gráfico N° 24)**

**Gráfico 24: Edad de Inicio**



**La nicotina como alcaloide demuestra su poder adictivo** entre los usuarios de tabaco, ya que el patrón de consumo de estos pacientes refiere que el 74.8% fuma diariamente, entre 1 a 3 veces por semana se registró el 13.4%, entre una vez por semana y una vez al mes con el 5.9% y 3.2% respectivamente. El tipo de cigarro que más se consume es el que cuenta con filtro con el 81.7% y el 47.3% la forma de fumar es darle el golpe siempre.  
**(Ver gráfico N° 25)**

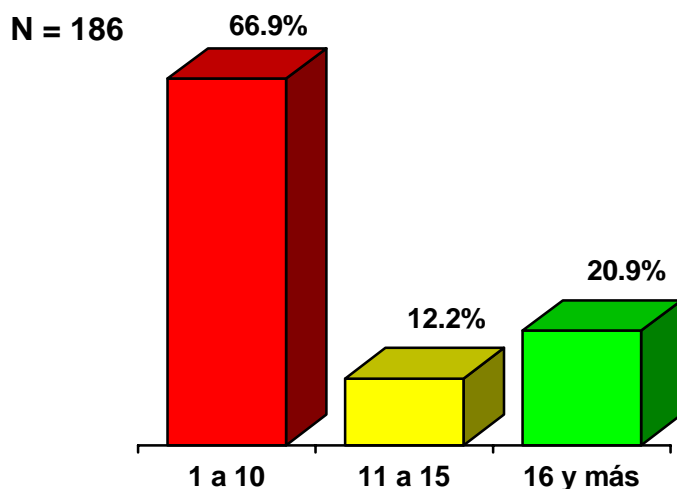
**Gráfico 25: Fumadores que le dan el Golpe al Fumar.**



Fuente Sisvea 2003

La **clasificación del fumador** se realiza de acuerdo a la cantidad de cigarrillos consumidos por día y se consideran **fumadores fuertes** aquellos usuarios que fuman más de 16 cigarrillos y encontramos que el 20.9% de los pacientes atendidos se encuentran dentro de esta clasificación, como **fumadores moderados** se define a las personas que consumen entre 11 y 15 cigarrillos al día, en este rubro se encuentra el 12.2% y aquellas personas que fuman como máximo 10 cigarrillos por día es el mayor volumen de pacientes que acuden a tratamiento, ya que se registró el 66.9%, siendo estos los **fumadores leves**.  
**(Ver gráfico N° 26)**

**Gráfico 26: Número de Cigarros al Día**



Fuente: SISVEA 2003

En **los criterios de dependencia al tabaco que reúnen los fumadores** observamos que el 68.3% de las personas que lo consumen no se abstienen de fumar en lugares prohibidos y el 31.7% refiere que si lo hacen, el 59.1% ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo, el 44.1% dice que estando enfermo sigue fumando y el 22% refiere fumar más por las mañanas. **(Ver cuadro N° 17)**

<b>Cuadro 17: Criterios de dependencia al tabaco en los pacientes atendidos.</b>		
<b>CRITERIO</b>	<b>SI (%)</b>	<b>NO (%)</b>
<b>¿Fuma más por las mañanas?</b>	22	78
<b>¿Fuma aún estando enfermo?</b>	44.1	55.9
<b>¿Ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo?</b>	59.1	40.9
<b>¿Se abstiene de fumar en lugares prohibidos?</b>	31.7	68.3

Al cuestionar al paciente **¿cuál es el cigarrillo que le da mayor dificultad el dejar de fumar?**, se refiere que cuando están bajo tensión y después de comer con el 25.3% y 19.4% respectivamente, el 12.9% refiere que le representa mayor dificultad no fumar el primer cigarrillo de la mañana, el 11.3% lo consume antes de dormir y el 14.5% acepta que en todas la ocasiones le es difícil dejar de fumar. **(Ver cuadro N° 18)**



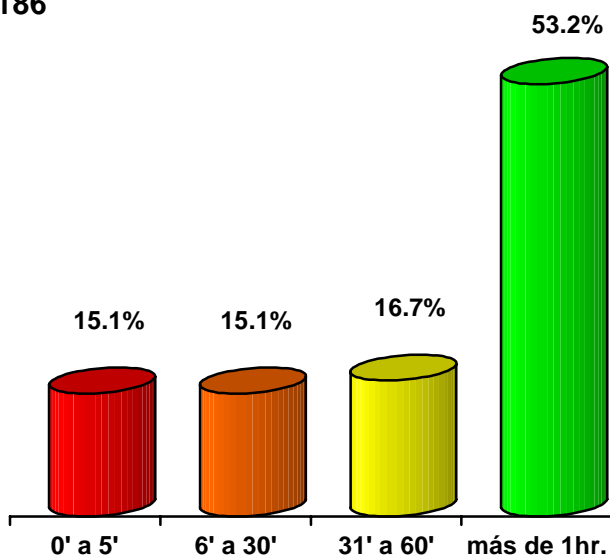
**Cuadro 18: Cigarrillo que les provoca mayor dificultad en el dejar de fumar.**

	Porcentaje
Primero de la mañana	12.9
Después de Comer	19.4
Al estar bajo tensión	25.3
Al estar en el baño	5.9
Antes de dormir	11.3
Otras situaciones	10.2
Todos son difíciles	14.5
No respondió.	0.5

Otro de los **indicadores de dependencia** cuestionados fue ¿cuánto tiempo transcurre en que el usuario despierte por la mañana hasta el momento en que enciende el primer cigarrillo del día? Cabe hacer mención que el 15.1% lo hace dentro de los primeros 5 minutos, la misma proporción de 15.1% para los que fuman dentro de la primera media hora y el 53.2% lo enciende al pasar los primeros 60 minutos. **(Ver gráfico Nº 27)**

**Gráfico 27: Tiempo Transcurrido entre Despertar y Fumar**


**N = 186**



Fuente: SISVEA 2003

## CONCLUSIONES

1. El sexo que más acudió a solicitar tratamiento a las Clínicas para dejar de fumar, fue el masculino con el 74.7%, lo que es importante intensificar las campañas preventivas y de detección del tabaquismo en la mujer.
2. La forma en que acuden a solicitar el tratamiento en el 80% de los casos es de tipo voluntario.
3. Es importante que el área médica intensifique la detección temprana y la referencia de casos de tabaquismo a recibir tratamiento a las diferentes Clínicas, puesto que el 2.2% acudió a tratamiento por indicación médica.
4. Los grupos de edad que acuden con mayor frecuencia a solicitar tratamiento a los diferentes establecimientos para dejar de fumar, se encuentran entre las personas que tienen una edad entre los 20 a 29 años.
5. La edad más vulnerable para iniciarse en el consumo de tabaco es entre los 10 a 19 años, puesto que el 80.7% de los pacientes atendidos refieren haber comenzado a fumar en este rango de edad.
6. En los pacientes estudiados, el tiempo que transcurre entre iniciar el consumo de tabaco y acudir a tratamiento pasa un promedio de 6 años.
7. Al igual que en otros indicadores, el acudir voluntariamente a tratamiento, es la mejor forma de lograr que el paciente se integre a un programa para dejar de fumar.
8. El 66.9% de los pacientes fue clasificado como fumador leve, ya que refirió consumir como máximo 10 cigarros por día.
9. El poder adictivo de la nicotina se demuestra en el patrón de consumo de tabaco, en la población estudiada el 74.8% lo consume diariamente.
10. El 47.3% le da el golpe siempre cuando fuma y consume cigarro con filtro, aunque es bien sabido que el consumir tabaco con filtro no lo hace más seguro; asimismo la forma de consumo se ve directamente asociada al sitio de enfermedad ocasionada.
11. El 68.3% de los usuarios que fuman, no se pueden abstener de fumar en lugares donde no está permitido su consumo.
12. El 40.9% de los pacientes ha intentado dejar de fumar previamente al acudir a solicitar el tratamiento y no lo ha logrado.
13. El 15.1% señaló que el tiempo que transcurre entre despertar y fumar su primer cigarro son los primeros 5 minutos.

14. El 14.5% de los sujetos refieren que cualquier cigarrillo, sin importar la hora o situación les es difícil dejar de fumar.
  15. El 19.4% y el 25.3% refiere que el cigarro más difícil de dejar de fumar, es después de comer y cuando están bajo tensión.
  16. El 28.5% ha estado en contacto con otras drogas siendo las de mayor preferencia son la marihuana, la cocaína, el alcohol, los inhalables y en menor proporción el basuco y crack.
  17. El 56.6% de los pacientes que han tenido experiencias o contacto con otras sustancias adictivas, consume el tabaco en combinación con otras drogas, encontrando como las principales al alcohol, cocaína y marihuana.
- 

## CONSUMO DE TABACO POR REGIONES



SISVEA, RESULTADOS 2003

Los datos registrados en el presente indicador se analizan a los pacientes que fueron atendidos en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco. Dichos pacientes recibieron tratamiento en los **Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud Jalisco, Clínica para dejar de fumar, Instituciones y ONG's que participan en este Indicador.**

Para facilitar la interpretación de los resultados de cada una de las Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud, se mencionará el Municipio sede del Módulo Comunitario de Salud Mental donde se encuentra ubicado y para el caso de la Ciudad de Guadalajara se tomarán las 4 Regiones Sanitarias que la conforman, como se describe a continuación en el **cuadro No 19.**

<b>Cuadro 19: Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud Jalisco.</b>	
<b>Región Sanitaria</b>	<b>Sede.</b>
I Colotlán.	Colotlán.
II Lagos de Moreno.	Lagos de Moreno.
III Tepatitlán.	Tepatitlán.
IV La Barca.	La Barca.
V Tamazula.	Tamazula.
VI Zapotlán.	Zapotlán el Grande.
VII Autlán.	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 ( <b>ZMG</b> )

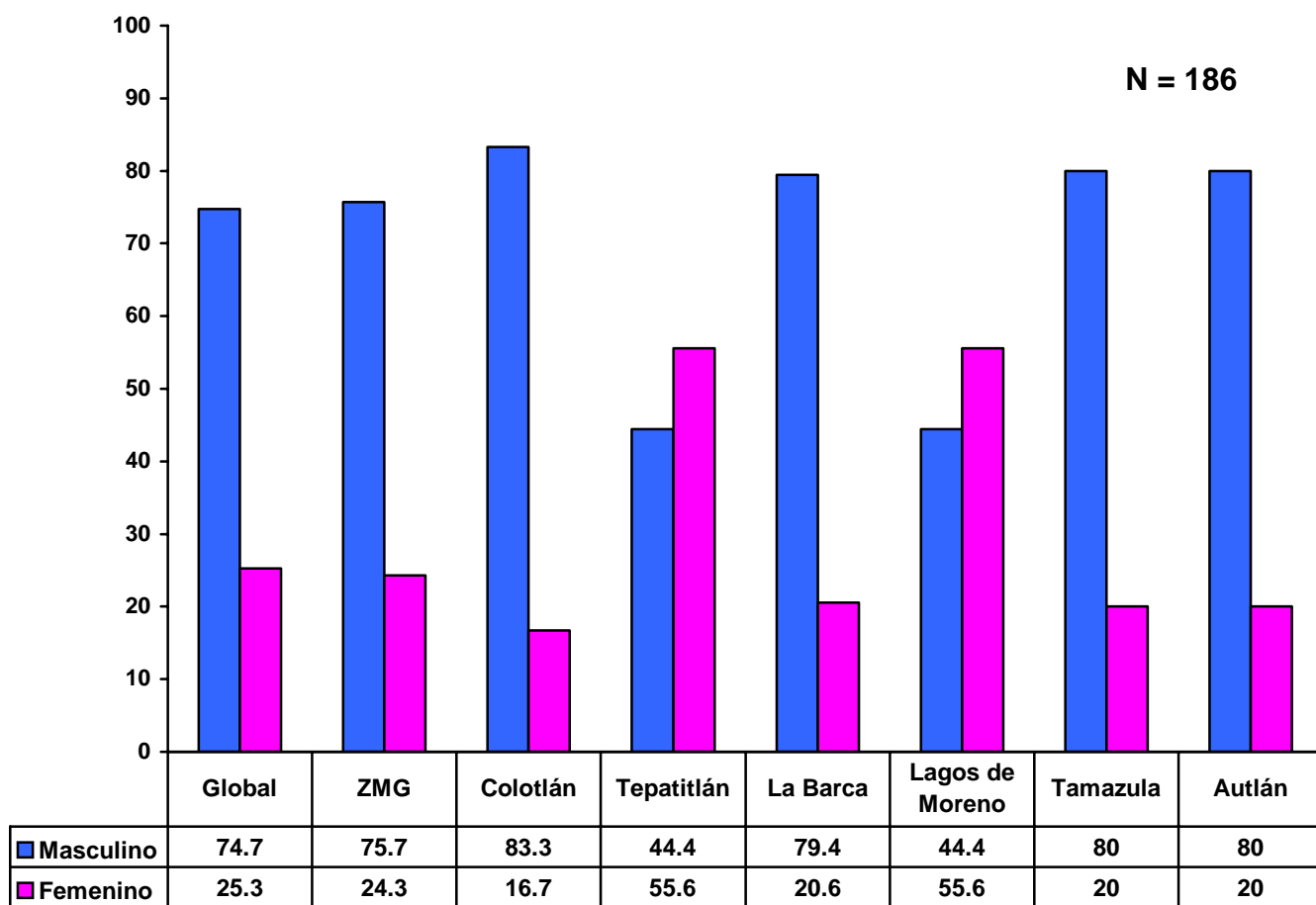
Los datos contenidos en este capítulo, representan a la población atendida por problema de Tabaquismo en las siguientes Regiones Sanitarias: I Colotlán, II Lagos de Moreno, III Tepatitlán, IV La Barca, V Tamazula, VII Autlán, X Hidalgo Zapopan, XI Libertad Tonalá, XII Reforma Tlaquepaque y XIII Juárez Tlajomulco, las últimas 4 Regiones cubren la Zona Metropolitana de Guadalajara.

**El proceso de la información se realiza en proporciones porcentuales.**

Se captaron a 186 sujetos en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2003 quienes tienen las siguientes características sociodemográficas:

Con relación a la **distribución por sexo**, en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, se observa el predominio en el sexo masculino en las Regiones de Zona Metropolitana de Guadalajara, Colotlán, Autlán, La Barca y Tamazula; el sexo femenino acudió con mayor frecuencia en Tepatitlán y Lagos de Moreno con 55.6% para cada Región. **(Ver Gráfico N° 28)**

**Gráfico 28: Distribución porcentual de pacientes tratados por tabaquismo por Región Sanitaria.**



Fuente: SISVEA 2003

Con relación a la edad de afluencia a recibir tratamiento para el Tabaquismo, se manifestó una tendencia continua sobre las edades entre los jóvenes entre los 25 a 29 años de edad, tanto en el global como en Guadalajara, La Barca, Tepatitlán y Colotlán, la proporción osciló del 20.6% al 33.4%; el segundo grupo de mayor afluencia se encuentra entre los 20 a 24 años de edad, tanto en Guadalajara, Lagos de Moreno, La Barca y Colotlán. Cabe hacer el señalamiento que en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Lagos de Moreno se atendieron pacientes menores de 14 años. (Ver Cuadro N° 20).

**Cuadro 20. Edad de Afluencia a Centros de Tratamiento para dejar de fumar.**

Grupo de edad	Global N = 186	ZMG N = 74	Lagos N = 9	Autlán N = 5	Tamazula N = 5	La Barca N = 68	Tepatitlán N = 27	Colotlán N = 12
< 14 años	0.5	1.4	11.1	-	-	-	-	-
15 – 19	12.9	16.2	22.2	20	-	14.7	3.7	8.4
20 – 24	15.6	14.8	22.2	-	20	20.6	7.4	16.6
25 – 29	23.7	21.7	11.1	-	20	20.6	33.3	33.4
30 – 34	7.5	5.4	-	20	-	8.8	7.4	8.4
35 – 39	10.2	14.8	11.2	-	-	7.4	18.5	16.6
40 – 44	9.7	8.1	-	20	20	8.8	7.4	8.3
45 – 49	5.4	6.3	11.1	-	-	4.4	7.4	-
50 – 54	5.9	6.3	-	20	20	4.5	7.4	-
55 – 59	3.2	3.6	-	-	-	4.4	7.4	-
60 – 64	2.7	3.6	-	20	20	-	-	-
65 - >	2.7	0.9	11.1	-	-	-	-	8.3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de tabaco, existen semejanzas en las Regiones, ya que las edades de inicio se encuentran en los jóvenes entre el rango de los 10 a 19 años en todas ellas, se registraron casos de inicio en los niños menores de 9 años en Zona Metropolitana de Guadalajara, Lagos de Moreno, Tepatitlán y Colotlán. (Ver Cuadro N° 21).

**Cuadro 21: Edad de Inicio al Consumo de Tabaco por Región Sanitaria.**

Grupo de edad	Global N = 186	ZMG N = 74	Lagos N = 9	Autlán N = 5	Tamazula N = 5	La Barca N = 68	Tepatitlán N = 27	Colotlán N = 12
9 años o <	7	1.4	22.2	-	-	-	3.7	8.3
10 - 14	38.2	21.7	44.4	40	20	10.3	40.7	33.4
15 - 19	42.5	44.8	11.1	20	80	54.4	29.7	33.4
20 - 24	5.9	23.6	11.1	-	-	14.7	7.4	24.9
25 - 29	2.7	1.5	-	20	-	1.5	7.4	-
30 - 34	1.1	-	-	-	-	-	7.4	-
35 - 39	2.6	6.9	11.2	20	-	19.1	3.7	-
40 - >	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**La forma en que acuden a solicitar el tratamiento**, en casi todas las regiones estudiadas reportan que la mayoría de los pacientes lo hacen de manera voluntaria, como se observa en el **cuadro nº 22**, las Regiones que están por arriba del 80% son la ZMG, La Barca y Autlán; el caso de Colotlán la principal forma en que acuden es por la invitación que ofrecen los amigos o familiares con el 58.3%. Es de vital importancia que el médico fomente la atención al paciente fumador, puesto que en la Zona Metropolitana de Guadalajara y en todas las regiones, los facultativos no derivan a los pacientes a tratamiento, sin embargo el 8.3% de los pacientes atendidos en Colotlán fue por la indicación del médico.

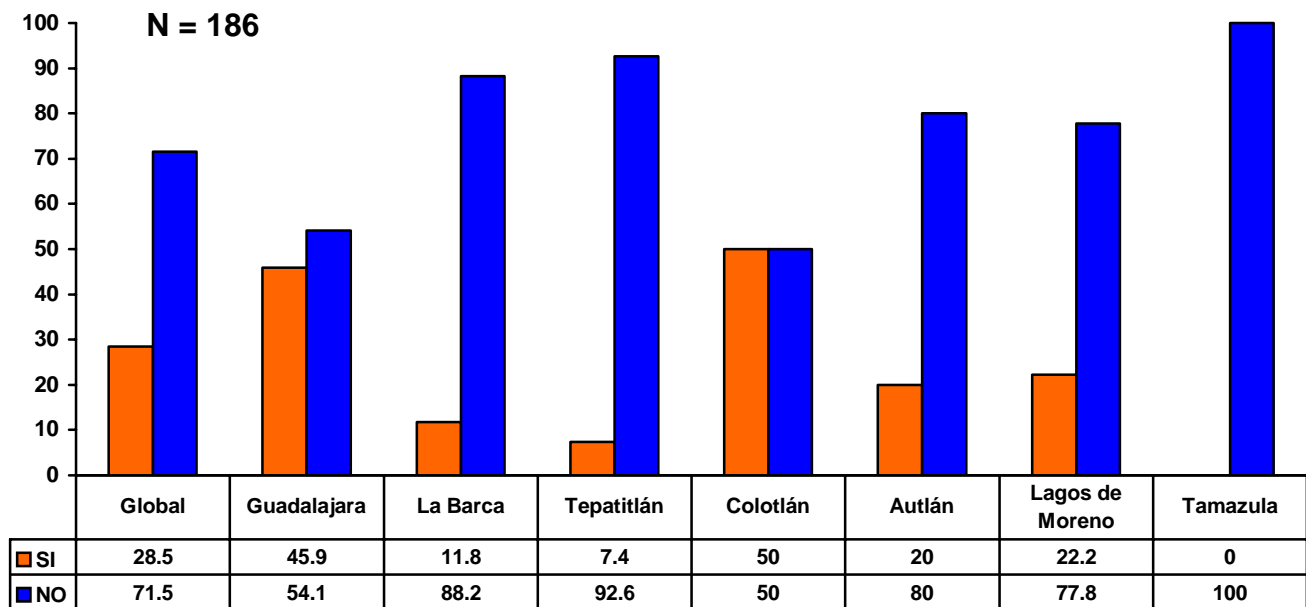
**Cuadro 22: Forma en que Acuden a Solicitar Tratamiento para Tabaquismo por Región Sanitaria.**

Forma que acudió.	Global N = 186	ZMG N = 74	Lagos N = 9	Autlán N = 5	Tamazula N = 5	La Barca N = 68	Tepatitlán N = 27	Colotlán N = 12
Voluntaria	79.6	81.1	77.8	100	60	86.8	77.8	33.3
Por amigos o familiares.	17.7	18.9	22.2		40	8.8	22.2	58.3
Indicación legal	-	-	-	-	-	-	-	-
Indicación Médica	2.2	-	-	-	-	-	-	8.3
Otros.	0.5	-	-	-	-	4.4	-	-



Una proporción importante de los **pacientes usuarios de tabaco refieren haber tenido experiencias con otro tipo de sustancias adictivas**. Se aprecian diferencias significativas en las distintas Regiones, ya que en Guadalajara y Colotlán representa un mayor índice de experiencias con otras sustancias adictivas además del tabaco; el caso de Tamazula no han tenido experiencia con otras sustancias adictivas.  
**(Ver Gráfico N° 29)**

**Gráfico 29 Experiencia con otras drogas por región sanitaria.**



Fuente: SISVEA 2003

Las **drogas que experimentaron los pacientes** con mayor consumo se aprecia a marihuana, cocaína y alcohol con el 43.4%, 28.3% y 18.5% respectivamente y aparecen el basuco y crack con el 1.9% para cada uno. En Autlán predomina la cocaína con el 100%, en La Barca es la marihuana con el 87.5% y la cocaína con el 12.5%, en Lagos de Moreno es el alcohol y marihuana con el 50% para cada uno de ellos, En Colotlán se aprecia el problema con la Marihuana en el 50%, el alcohol con el 16.6%, cocaína y crack con el 16.7% para cada uno de ellos.

**(Ver Cuadro N° 23)**

<b>Cuadro 23: Drogas más utilizadas por Usuarios de Tabaco por Región Sanitaria.</b>						
<b>Droga</b>	<b>Global N = 53</b>	<b>ZMG N = 34</b>	<b>La Barca N = 8</b>	<b>Colotlán N = 6</b>	<b>Lagos de M N = 2</b>	<b>Autlán N = 1</b>
Alcohol	18.5	26.5	-	16.6	50	-
Marihuana	43.4	29.4	87.5	50	50	-
Inhalantes	5.7	8.8		-	-	-
Cocaína	28.3	35.3	12.5	16.7	-	100
Basuco/ pasta base	1.9	-	-	-	-	-
Crack	1.9	-	-	16.7	-	-

En los pacientes que refirieron tener contacto con otras sustancias y que **además combinan al tabaco con éstas**, la mayor proporción se encontró en la Zona Metropolitana de Guadalajara, ya que el 64.7% de esta población las combina, el 37.5% de los casos se registró en La Barca y el 16.7% se registró para Colotlán. **(Ver Cuadro N° 24)**

<b>Cuadro 24: Pacientes que combinan el tabaco con otras drogas por Región Sanitaria.</b>							
<b>Droga</b>	<b>Global N = 53</b>	<b>ZMG N = 34</b>	<b>La Barca N = 8</b>	<b>Colotlán N = 6</b>	<b>Lagos de M N = 2</b>	<b>Autlán N = 1</b>	<b>Tepatitlán</b>
SI	40.5	64.7	37.5	16.7	100	0	0
NO	59.5	35.3	62.5	83.3	0	100	100

Las sustancias **ilegales que se prefieren para combinar con el Tabaco**, se aprecian diferencias en cada una de las regiones estudiadas; para el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara se combina mayormente con alcohol, cocaína en un 59% y 13.6% respectivamente; la marihuana en el 13.6% de los casos y aparecen el basuco y los solventes volátiles con el 4.5% para cada uno.

En La Barca combinan en mayor frecuencia con alcohol y marihuana con el 33.3% respectivamente, así como Cocaína. En Colotlán en todos los casos se combina con marihuana.

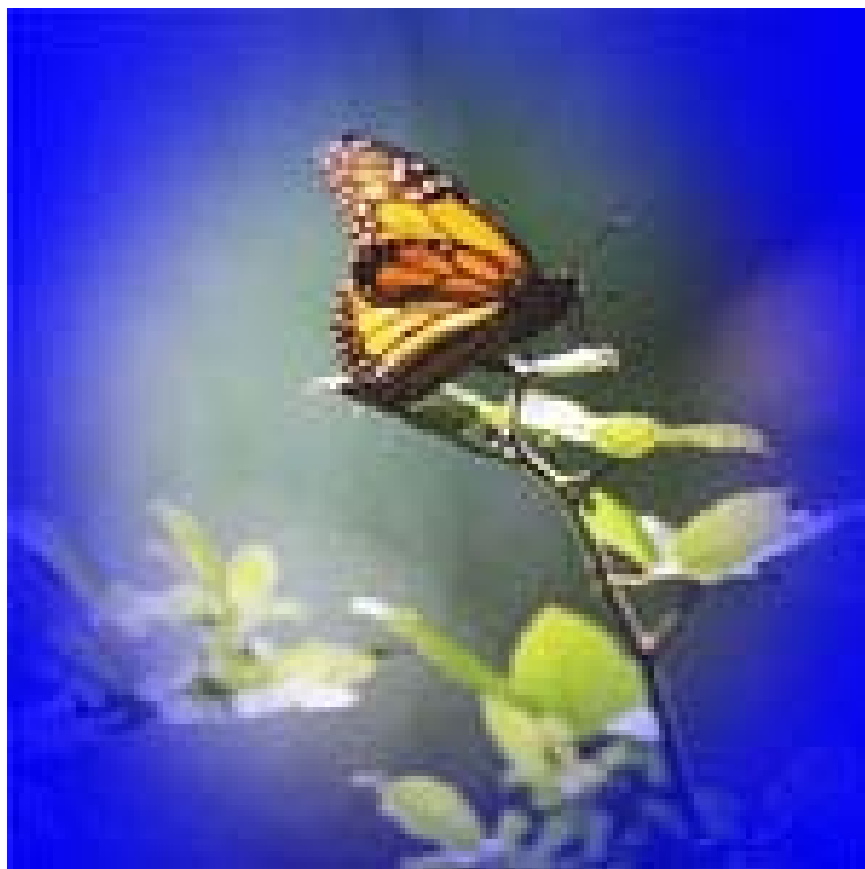
En Tepatitlán y Autlán los pacientes atendidos no reportan combinar otras sustancias adictivas con el tabaco. **(Ver Cuadro Nº 25).**

**Cuadro 25: Otras drogas utilizadas en combinación con tabaco por Región Sanitaria.**

<b>Droga</b>	<b>Global N = 30</b>	<b>ZMG N = 22</b>	<b>La Barca N = 3</b>	<b>Colotlán N = 1</b>	<b>Lagos de Moreno N = 2</b>	<b>Autlán N = 0</b>	<b>Tepatitlán N= 0</b>
Alcohol	50	59	33.3	-	-	-	-
Marihuana	20	13.6	33.3	100	100	-	-
Inhalantes	3.3	4.5		-	-	-	-
Cocaína	23.3	18.4	33.4	-	-	-	-
Basuco/ pasta base	3.3	4.5	-	-	-	-	-
Crack			-	-	-	-	-

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes que acuden a solicitar tratamiento para dejar de fumar, predomina en el sexo masculino en todas las regiones, con excepción de Tepatitlán y Lagos de Moreno, Jalisco.
2. La edad de afluencia a las diferentes clínicas se encuentra entre los 20 a 29 años de edad en todas las Regiones estudiadas.
3. El estar convencido de la necesidad del tratamiento, hace que se acuda a los diferentes centros de tratamiento en forma voluntaria o bien por la invitación de los amigos y familiares.
4. Las edades de inicio se aprecia en la población joven, ya que comienzan a consumir tabaco entre los 10 a 19 años de edad.
5. El tiempo que transcurre, entre iniciar a fumar y acudir al tratamiento pasan en promedio 7 años.
6. Los pacientes que refieren consumir otra sustancia adictiva además del tabaco, se aprecia la mayor proporción en la Zona Metropolitana de Guadalajara y La Barca, aunque en estas Regiones se encuentran el mayor número de pacientes atendidos.
7. Las drogas de mayor consumo son las que se encuentran con mayor disponibilidad, como el alcohol, marihuana y cocaína.



Los datos plasmados en este capítulo representan a los cadáveres que ingresaron al **Servicio Médico Forense (SEMEFO)** en el periodo comprendido de **enero a diciembre del 2003**, los cuales cumplen los siguientes criterios de inclusión del presente indicador del **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones**:

- Cadáveres que ingresen al Servicio Médico Forense de la Ciudad de Guadalajara.
- Que al momento del fallecimiento del sujeto, haya tenido como edad mínima 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 son obtenidos de los libros de registros de autopsia y de Trabajo Social, por 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.

La información se capta 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 nos 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 **2,464 cadáveres**, de los cuales 1,950 (79.1%) pertenecen al sexo **masculino**, 501 (20.3%) al **femenino** y en el 0.5% no obtuvimos el género, catalogados como **restos humanos**. (Ver gráfico n°30)

**Gráfico 30: Distribución por Género**

N=2,464

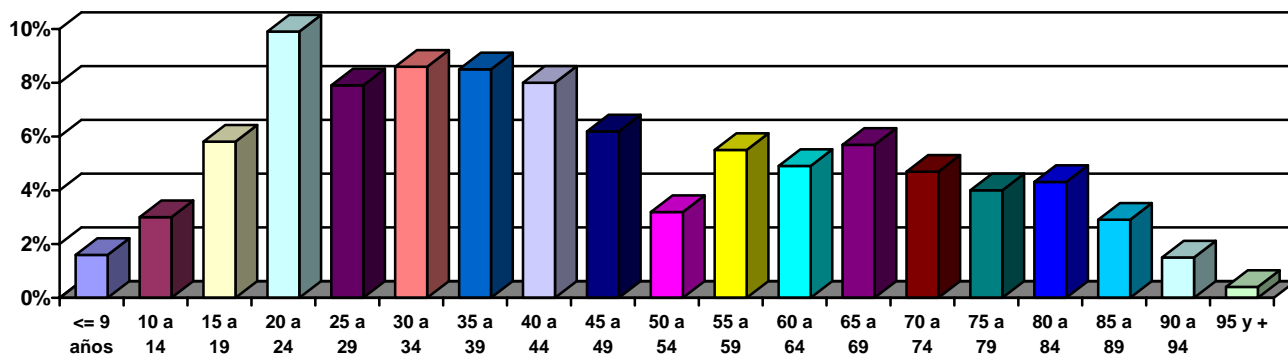


Fuente: SISVEA 2003

En lo que concierne a la **distribución por grupos de edad**, el mayor índice de mortalidad se encuentra con el 9.9% en el grupo de 20 a 24 años y de 30 a 34 años con el 8.6%, seguidos por el grupo de 35 a 39 con el 8.5%, con el 8% y 7.9% los grupos entre 40 a 44 años y 25 a 29 años respectivamente. 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 con el 15.8%, con 3% y 1.6% para los que tuvieron entre 10 y 14 años y menores de 9 años respectivamente. (Ver Gráfico N° 31)

**Gráfico 31: Distribución por Grupos de Edad**

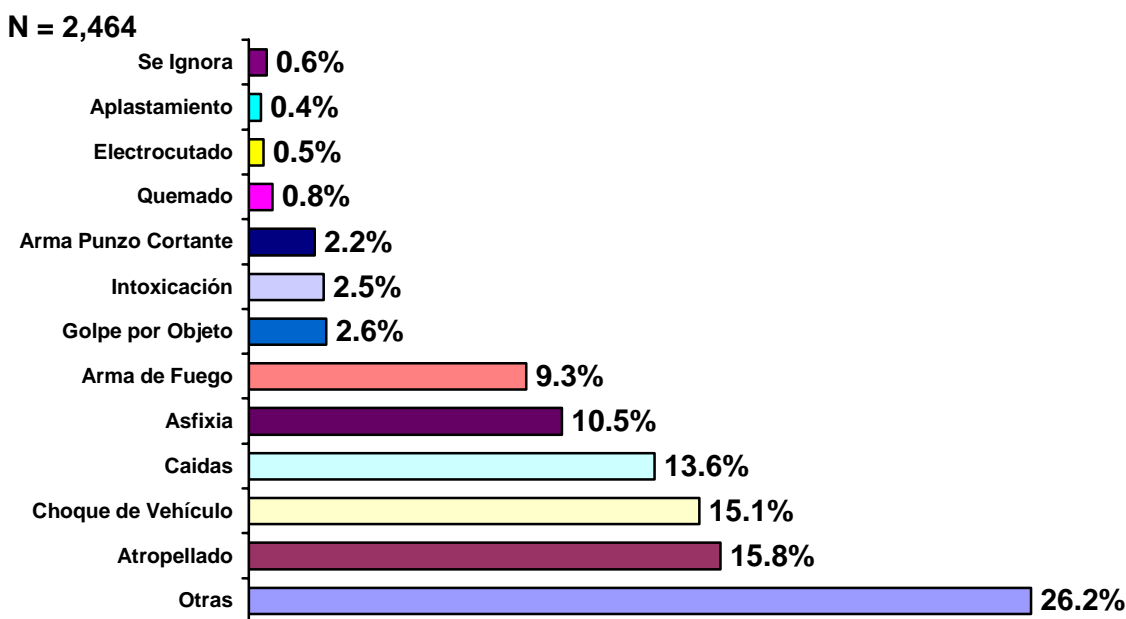
N = 2,464



Fuente: SISVEA 2003

Las **causas que con mayor frecuencia provocan la muerte** son los de tipo accidental como corresponde a los atropellamientos el 15.8%, caídas y choques de vehículos de motor con el 15.1% y 13.6% respectivamente; el 10.5% para las producidas por asfixia como son los ahorcamientos, ahogamientos y bronco aspiración; en 229 casos se produjo la muerte por arma de fuego y el 2.5% por intoxicación o envenenamientos, el grupo de otros representa a las muertes secundarias a alguna enfermedad, en un 26.8% **(Ver Gráfico 32)**

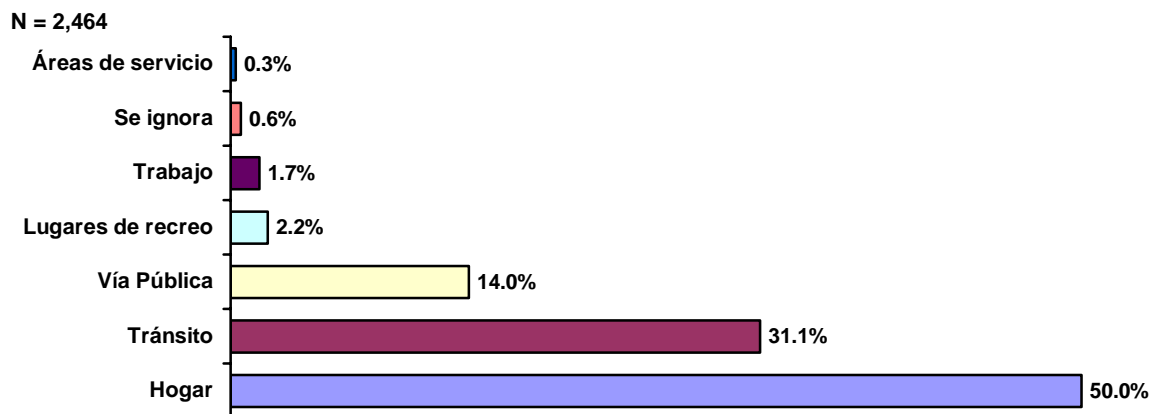
**Gráfico 32: Causa de Muerte**



Fuente: SISVEA 2003

El **sitio de mayor riesgo** donde ocurren las muertes, es en el hogar con el 50% de los casos, los sucedidos en las vías de tránsito con el 31.1% y en la vía pública el 14%; los que representan menor riesgo son las áreas de servicio con el 0.3%, en el lugar de trabajo con el 1.7% y los lugares de recreo con el 2.2%. **(Ver Gráfico N° 33)**

**Gráfico 33 Lugar de la Muerte.**



Fuente: SISVEA 2003



Como observamos en el Gráfico número 5 **los accidentes son los que con mayor frecuencia provocan la muerte**, ya que el 52.27% murió de esta forma con 1,288 casos; el 12.9% (318) a consecuencia de homicidio; 250 casos que corresponde al 10.3% son suicidas; en 600 sujetos fue por muerte no violenta o por enfermedad con el 24.3% y en 7 casos la causa de la muerte no fue determinada. **(Ver Gráfico N° 34)**

**Gráfico 34: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte**



Fuente: SISVEA 2003

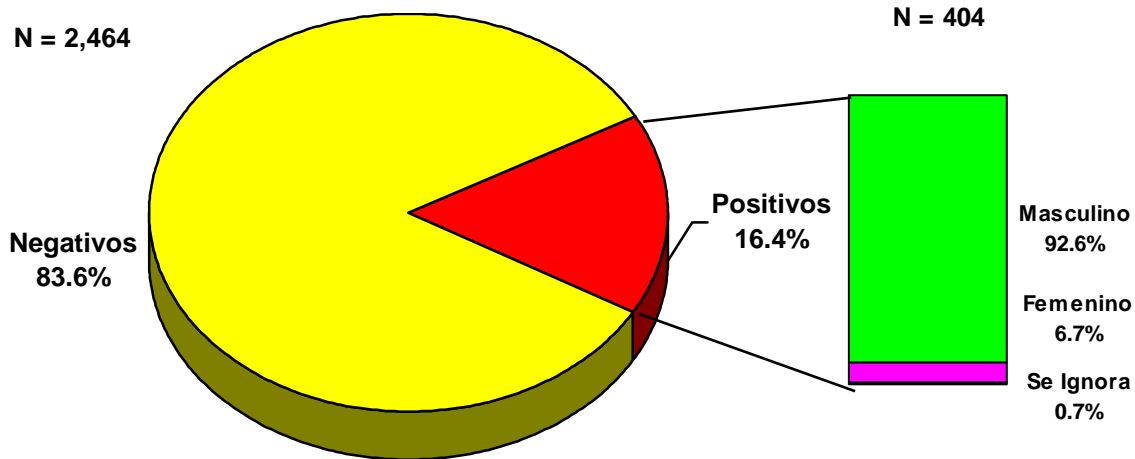
De acuerdo al **tipo de muerte encontramos algunas diferencias entre las causas que la originaron**, para aquellas que ocurrieron por accidente, las causas más comunes son los atropellamientos en el 30%, el 28.6% por choques de vehículos de motor y el 25.5% para las caídas y asfixia con el 5.9% y por intoxicación accidental fue el 2.3% en 29 casos. El arma de fuego es el principal medio que provocan los homicidios en 187 casos que corresponde a un 58.8%, el 17.3% con 55 casos se produjeron por golpes con objeto contundente y por arma punzo cortante con 48 casos que representa el 15.1%. Los suicidas prefieren utilizar la asfixia para provocarse la muerte ya que esto sucedió en 166 sujetos que representa el 66.4%, el arma de fuego fue utilizada por 39 sujetos que corresponde al 15.6% y aparecen las intoxicaciones con el 12% con 30 casos. (Ver Cuadro nº 26)

<b>Cuadro 26 Distribución porcentual de las causas de muerte según tipo.</b>					
<b>Causa de Muerte</b>	<b>Accidente N = 1288</b>	<b>Homicidio N= 318</b>	<b>Suicidio N = 250</b>	<b>No Violenta N = 600</b>	<b>Desconocida N = 7</b>
Atropellados.	30	0.0	0.4	-	-
Choque de Vehículo	28.6	0.3	0.8	-	-
Caídas	25.5	0.3	2.8	-	-
Electrocutados	0.8	-	-	0.3	-
Quemados	1.3	0.9	-	-	-
Golpe por objeto contundente.	0.5	17.3	0.4	-	-
Asfixia	5.9	5	66.4	-	-
Aplastamiento	0.6	0.3	-	-	-
Arma de fuego	0.2	58.8	15.6	-	-
Arma punzo cortante	0.1	15.1	0.4	0.7	-
Intoxicaciones	2.3	0.3	12	-	-
Otros	3.7	0.3	0.4	98.8	-
Se ignora	0.5	1.3	0.8	0.2	100
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Muertes asociadas a sustancias adictivas.

De los 2,464 cadáveres registrados por este Sistema, en 404 sujetos, sus muestras de fluidos corporales resultaron positivas a alguna **sustancia adictiva**, lo que representa un 16.3%. Con relación a la distribución por género, 374 casos pertenecen al sexo **masculino** con el 92.6%, el 6.7% al **femenino** y el 0.7% no fue determinado el sexo, ya que eran restos humanos. (Ver Gráfico 35)

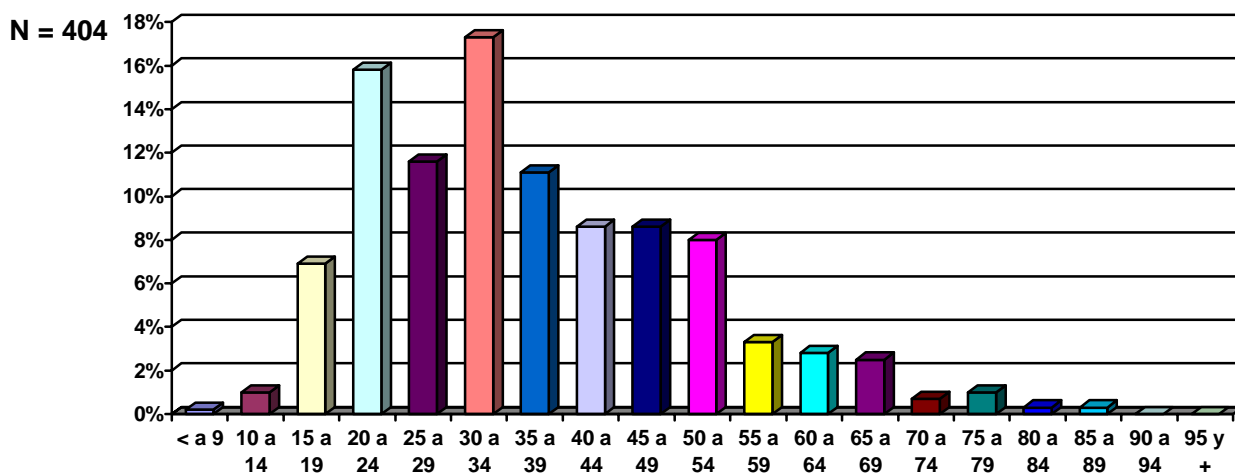
Gráfico 35: Cadáveres Positivos a Sustancias Adictivas y Distribución por Género



Fuente: SISVEA 2003

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 17.3%; seguido por el de 20 a 24 años y de 25 a 29 años con el 15.8% y 11.6% respectivamente; el 11.1% se encontró entre los 35 a 39 años y es de observar que en el 1% tenía entre los 10 y 14 años y en un sólo caso se registró con una edad menor a los 9 años de edad. (Ver Gráfico N° 36)

Gráfico 36: Distribución por Grupos de Edad

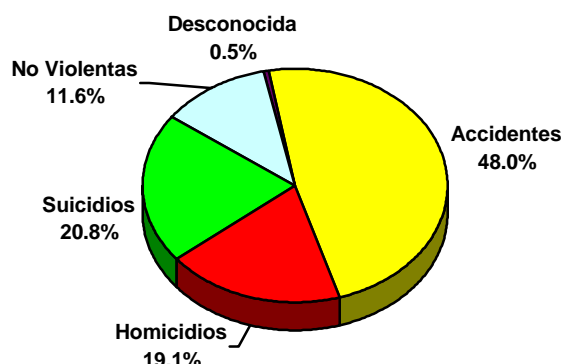


Fuente: SISVEA 2003

**Los accidentes se encuentran mayormente relacionados a las muertes bajo el influjo de alguna sustancia adictiva**, ya que se registraron 194 defunciones por esta causa, representando un 48%, los homicidios se presentó en el 19% con 77 casos, se registraron 84 suicidios representando el 20.7% y las muertes no violentas con el 11.6%. **(Ver gráfico N° 37)**

**Gráfico 37: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte**

**N = 404**



Fuente: SISVEA 2003

De las **muertes producidas por accidentes asociadas a sustancias adictivas**, se encontraron como las de mayor incidencia, son los atropellamientos con el 32.5%, los choques de vehículo de motor con el 40.2%; las caídas con el 9.3%; el 11.9% por asfixia. Las producidas **por homicidio**, el 49.4% fue provocado por arma de fuego y por arma punzo cortante con el 19.5% y por ser golpeado con objeto contundente se presentó en el 22.1%. El 85.7% utilizó la asfixia para lograr **el suicidio**, seguido con el 8.3% a los que utilizaron arma de fuego y por intoxicación o envenenamiento en el 3.6% de los sujetos. **(Ver cuadro N° 27)**

**Cuadro 27: Distribución porcentual del tipo de muerte asociada a sustancias adictivas según causa de deceso.**

Causa de Muerte N=404	Accidente N = 194	Homicidio N = 77	Suicidio. N = 84	No Violenta N = 47	Desconocida N = 2
Atropellamientos	32.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Choque de vehículo de motor	40.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Caída	9.3	1.3	1.2	0.0	0.0
Electrocutado	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Quemado	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Golpe por objeto contundente	0.0	22.1	1.2	0.0	0.0
Asfixia	11.9	6.5	85.7	0.0	0.0
Arma de fuego	0.0	49.4	8.3	0.0	0.0
Arma punzo cortante	0.0	19.5	0.0	0.0	0.0
Intoxicado	3.1	0.0	3.6	0.0	0.0
Otros	2.1	0.0	0.0	100.0	100
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

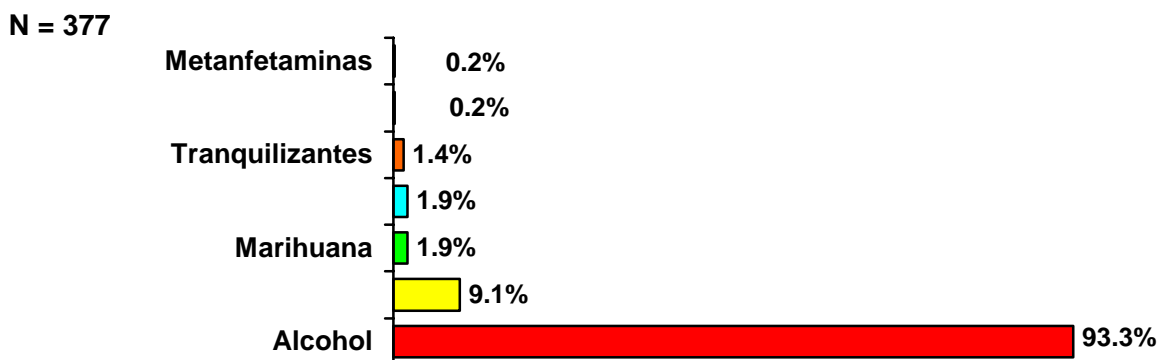
Las vías de tránsito y el hogar **son los sitios** donde ocurre la muerte con mayor frecuencia en este tipo de población puesto que el 35.1% y el 39.6% respectivamente fallecieron en estos lugares; en la vía pública ocurrió el 20.5% de los fallecimientos y en los lugares de recreo 3.5% y esparcimiento con el 0.5%.

Para el caso de los homicidios el 96.1% ocurrió en la vía pública y sólo el 2.6% en el hogar, los suicidios se llevan a cabo con mayor predilección en el hogar, ya que el 97.6% se perpetró ahí, así mismo para las muertes por enfermedad o no violentas en casi el 90% ocurrió en el hogar. **(Ver Cuadro nº 28)**

<b>Cuadro 28: Lugares donde ocurrió la muerte de cadáveres positivos a sustancias según el tipo de muerte.</b>						
<b>Lugar de la Muerte</b>	<b>Global N = 404</b>	<b>Accidente N = 194</b>	<b>Homicidio N = 77</b>	<b>Suicidio N = 84</b>	<b>No Violenta N = 47</b>	<b>Desconoci da N = 2</b>
<b>Tránsito</b>	35.1	72.7	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Hogar</b>	39.6	17.0	2.6	97.6	89.4	100.0
<b>Vía Pública</b>	20.5	1.5	96.1	1.2	10.6	0.0
<b>Áreas de recreo.</b>	3.5	7.2	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Áreas de servicio</b>	0.5	0.5	0.0	1.2	0.0	0.0
<b>Otros</b>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Se ignora</b>	0.7	1.0	1.3	0.0	0.0	0.0
<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Las **sustancias adictivas que detectó el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses** en los fluidos corporales de los cadáveres estudiados, encontramos en 377 muestras positivas al alcohol que representa el 93.3% de los sujetos; en segundo lugar se detectó cocaína en 37 muestras con el 9.1%; positivos a marihuana en 8 casos con el 1.9%; en el 1.4% se detectaron tranquilizantes; la heroína resultó positiva en un sujeto correspondiendo al 0.2% y otro para metanfetaminas; el éxtasis se encontró en 8 casos correspondiendo al 1.9% **(Ver Gráfico Nº 38)**

**Gráfico 38: Tipo de Sustancia en Cadáveres de SEMEFO**



Fuente: SISVEA 2003

Como podemos observar en el cuadro número 29 que describe las causas de muerte asociadas a las diferentes sustancias adictivas; en los cadáveres con **alcoholemia positiva** el 16.2% falleció al ser atropellado; el 20.4% por choque de vehículo de motor; por asfixia en el 25.5% de los casos; el 9.5% por arma de fuego y el 4.2% murió al sufrir una caída.

Para los positivos a **marihuana** encontramos que el 50% falleció por arma de fuego, seguidos por asfixia, así como por arma punzo cortante, intoxicados y otros representó el 12.5% para cada uno de éstos.

Los asociados a la **cocaína**, el 32.4% murió por asfixia, 18.9% por proyectil de arma de fuego, el 13.5% por chocar su vehículo, el 10.8% por caída y el 8.1% por intoxicación o sobredosis.

Para los positivos a los **tranquilizantes**, encontramos el 33.3% falleció por arma de fuego, el 16.7% encontramos a las siguientes causas de muerte como es atropellado, choque por vehículo de motor, golpe por objeto contundente para cada uno de ellos.

El **éxtasis** una droga que está incrementándose su consumo en los últimos años, así mismo se detectó en cadáveres de los cuales 25% corresponde a la asfixia y por arma de fuego, el 12.5% falleció por lesiones provocadas al producirse un choque de vehículo y por atropellados. **Las mentanfetaminas** se asociaron a la muerte provocada por el golpe con un objeto contundente en el caso registrado.

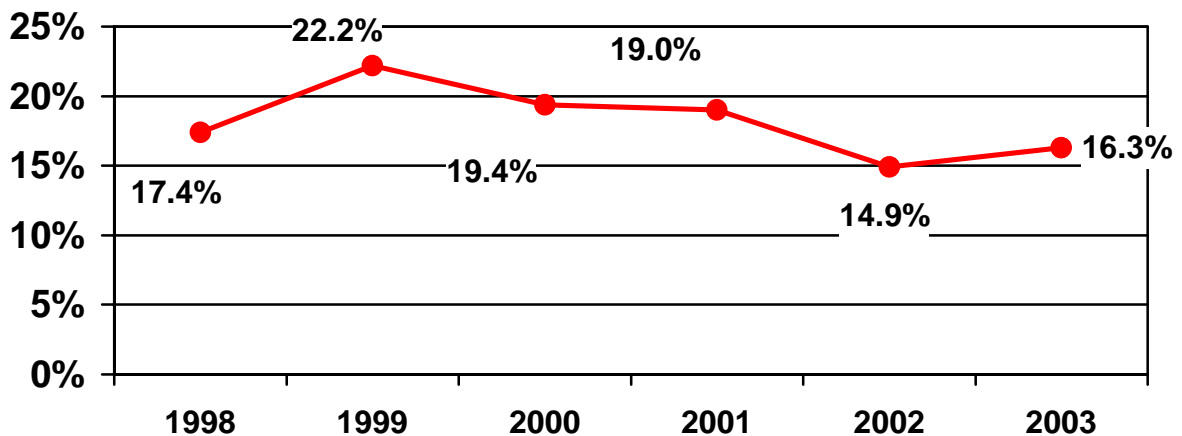
Cuadro 29 Distribución porcentual de causa de muerte según tipo de sustancia adictiva.							
N= 404 Causa de Muerte	Alcohol N= 377	Tranq N= 6	Marih. N= 8	Inhal. N= 0	Cocaína N= 37	Éxtasis N=8	Metan N=1
Atropellados	16.2	16.7	-	-	2.7	12.5	-
Choque de Vehículo	20.4	16.7	-	-	13.5	12.5	-
Caída	4.2	-	-	-	10.8	-	-
Electrocutado	0.3	-	-	-	-	-	-
Quemado	0.3	-	-	-	-	-	-
Golpe por objeto	4.5	16.7	-	-	-	12.5	100
Asfixia	25.5	-	12.5	-	32.4	25	-
Arma de fuego	9.5	33.3	50	-	18.9	25	-
Arma punzo cortante	4	-	12.5	-	2.7	-	-
Intoxicado	1.9	-	12.5	-	8.1	-	-
Otros	-	16.7	12.5	-	6.1	12.5	-
Se ignora	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

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 5 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 2003, las cuales muestran decremento a partir del año 1999 del 22.2% al 2003 con el 16.3%. (**Ver gráfico No 39**)

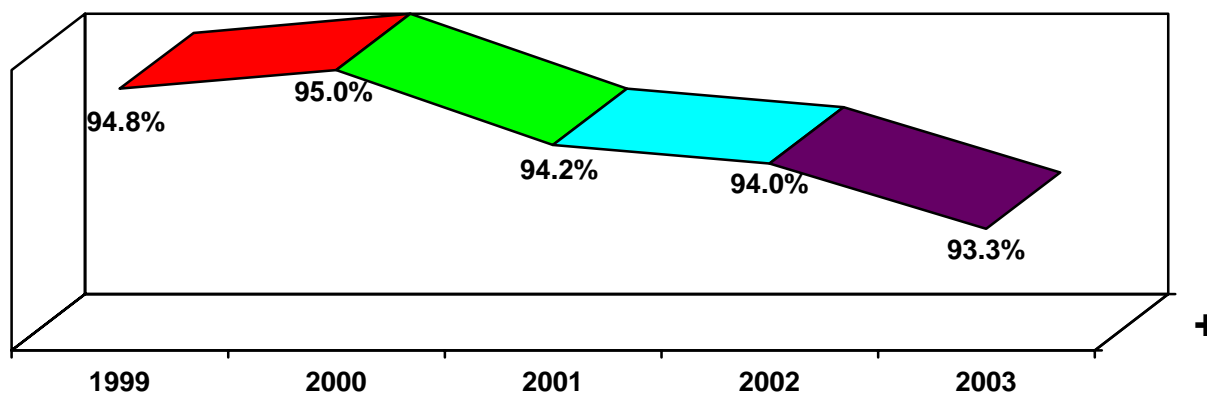
Gráfico 39: Tendencia de Presencia de Drogas en Cadáveres 1998-2003



Fuente: SISVEA 2003

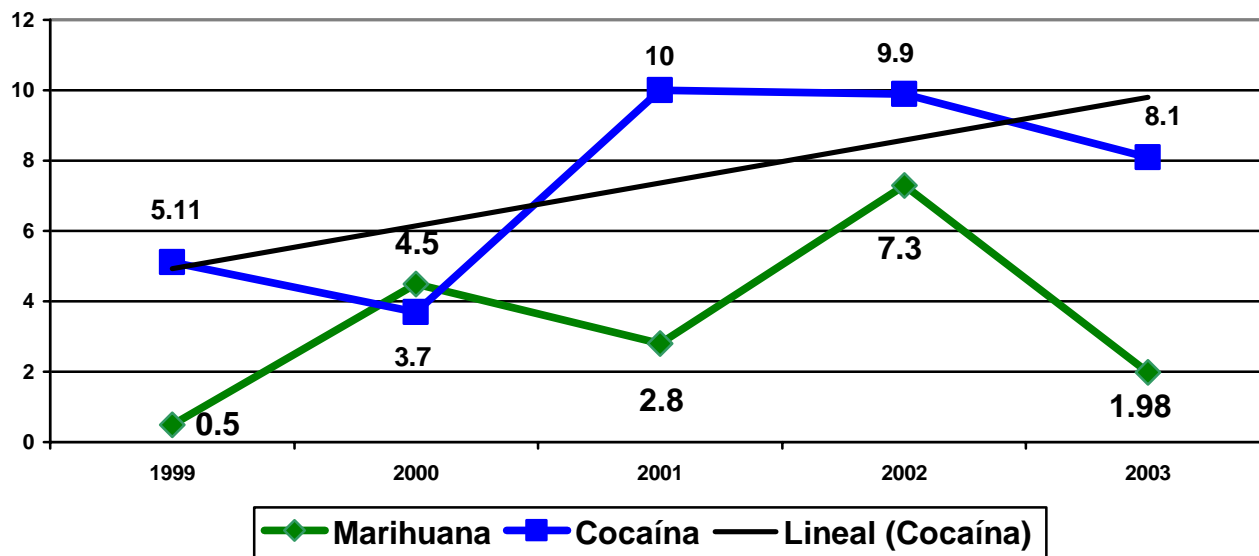
Las **tendencias mostradas por cada tipo de droga** observamos que el alcohol, se mantiene estable encontrando durante los años 1999 al 2003 entre el 94.8% al 94%, cabe señalar que en el año 1998 sólo se procesaba alcoholemia y por esta razón aparece como el 100% de los casos. La **marihuana** presentó un incremento en el **2002** hasta el 7.3%. Con relación a la **cocaína** tiende al incremento de ser del 5.1% en 1999 y en el **2002** tuvo un repunte con el 10%, en **los tranquilizantes** observamos una tendencia hacia la baja, así mismo para los inhalantes. (Ver gráficos 40 a 42)

**Gráfico 40: Cadáveres con Alcoholemia Positiva**



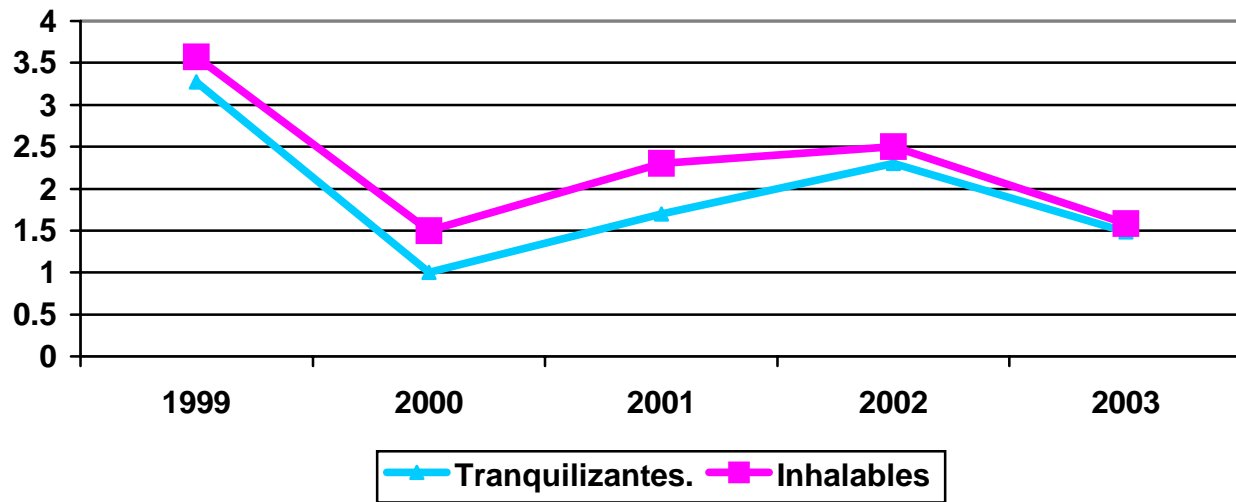
Fuente: SISVEA 2003

**Gráfico 41: Tendencia de Cadáveres Positivos a Marihuana y Cocaína**



Fuente: SISVEA 2003

Gráfico 42: Tendencia de Cadáveres Positivos a Tranquilizantes e Inhalantes



Fuente: SISVEA 2003



## CONCLUSIONES

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

1. La mortalidad asociada a las sustancias adictivas es mayor en el sexo masculino, en una relación 4/1.
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 44 años resulta ser el 61.1%, con una elevada incidencia en el grupo de los 30 a 34 años de edad.
3. El 16.3% de los cadáveres registrados en el Servicio Médico Forense, resultaron positivos a alguna sustancia adictiva, observándose un ligero ascenso con relación al año 2002.
4. En el grupo de los positivos a alguna sustancia adictiva la población menor de 44 años de edad es la más afectada e incluso se registra un incremento, ya que el 77.96% se encontró en este rango de edad, siendo similar el grupo de los 30 a 34 años el que sobresale.
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 93.3%.
7. La tendencia de que se presente el alcohol en los fluidos corporales de los cadáveres es hacia la baja en los últimos 4 años y con un ligero ascenso en el año 2003.
8. La cocaína y marihuana tienen la tendencia hacia la alza en relación a la positividad de los fluidos corporales de la muestra de cadáveres atendidos en el Servicio Médico Forense.
9. Las tendencias de cadáveres positivos a sustancias adictivas se orientan a disminuir en los últimos 5 años.

## SALUD MENTAL



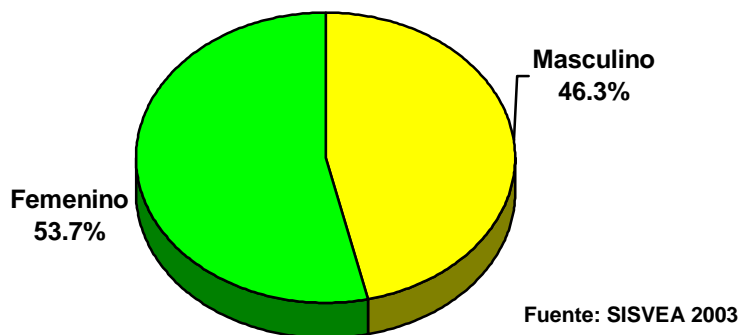
## SISVEA, RESULTADOS 2003

En este indicador contamos con la participación del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud con sus Unidades de Estancia Breve y Prolongada, registrando a 404 pacientes de primera vez, durante el periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del 2003 con las características sociodemográficas siguientes:

La **distribución por género** de los pacientes atendidos en los servicios de estas Unidades Médicas, son el 46.3% pertenece al sexo masculino y el 53.7% al femenino. **(Ver gráfico N° 43)**

**Gráfico 43: Distribución por Género**

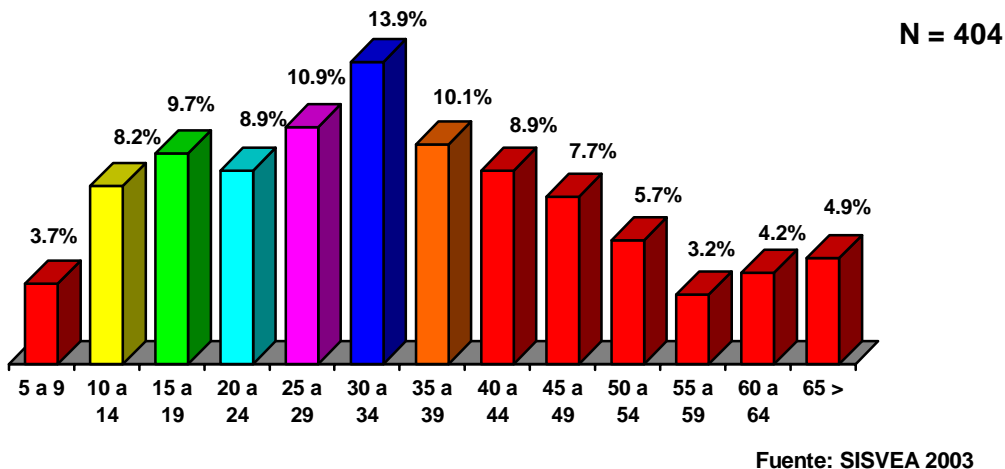
**N = 404**



Con respecto a la **edad de afluencia** que con mayor frecuencia acude a solicitar la atención médica psiquiátrica, es el grupo entre los 30 a 34 años con el 13.9%; seguido por el de 25 a 29 años con el 10.9%; en el grupo de los 35 a 39 años con el 10.1%; la población joven de 15 a 19 años con el 9.7%. El grupo de edad que se atiende con menor incidencia es el grupo pediátrico con el 8.2% en los menores de 14 años y el 3.7% entre los de 5 a 9 años.

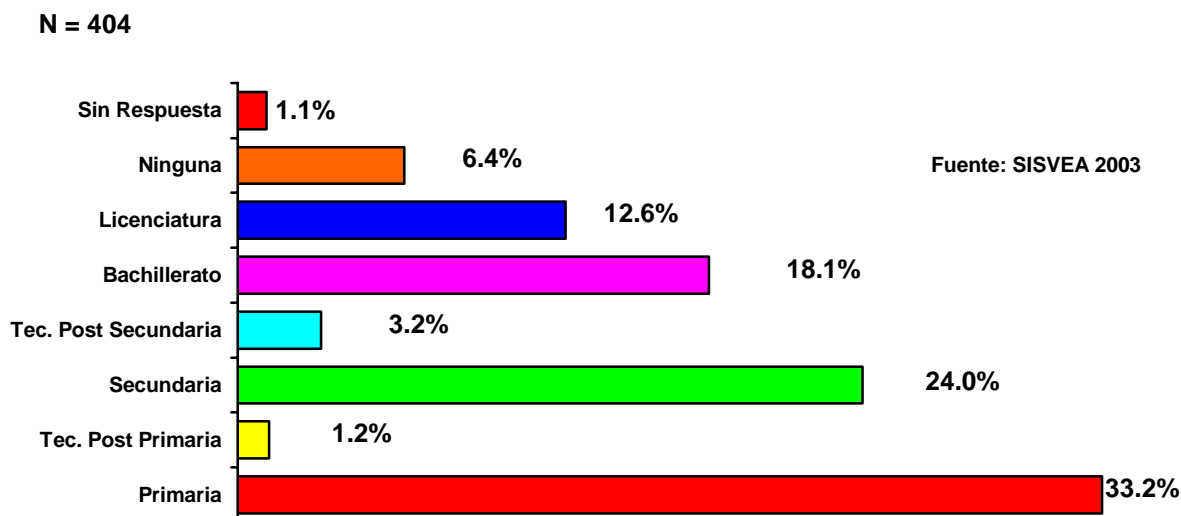
**(Ver gráfico N° 44)**

**Gráfico 44: Distribución por Grupos de Edad**



Con relación al **nivel de instrucción educativa**, la gran mayoría de los pacientes refiere que cursó la Primaria con un 33.2%, seguidos por los de Secundaria con el 24%, el 18.1% tiene un nivel Bachillerato, el 12.6% con Licenciatura y por último tenemos a los que son técnicos post-primaria con sólo el 0.9% y técnico-post-secundaria con el 3.6%. **(Ver gráfico n° 45)**

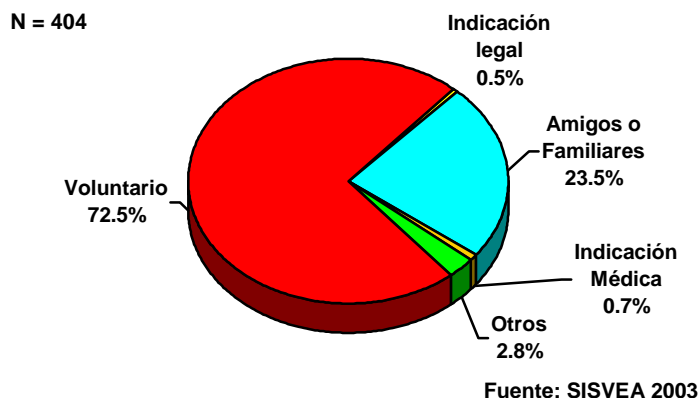
**Gráfico 45: Escolaridad**



Los solteros tienen la mayor prevalencia con el 43.1% del **estado civil**, el 42.8% se encuentra casado, el 4% es divorciado, el 4.2% separado, el 3% es viudo y el 2.7% vive en unión libre.

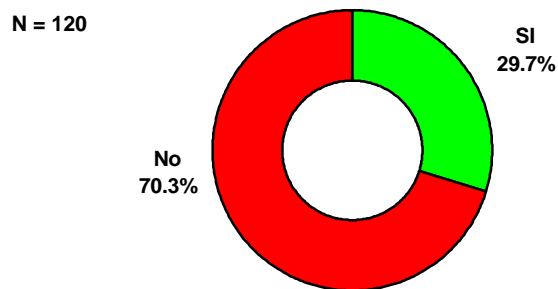
La **forma en que acudieron a recibir tratamiento**, se encontró que la mejor vía para que el paciente reciba la atención médica especializada es en forma voluntaria con el 72.5%, con el 23.5% es por la motivación que ejercen los amigos y/o familiares, los que acudieron a esta Unidad lo hizo plenamente convencido y en contraste tenemos que uno de los motivos que es necesario reforzar, es el diagnóstico de enfermedades mentales en el primer y segundo nivel de atención y estos sean derivados a los profesionales del tercer nivel, puesto que por indicación médica sólo acudió el 0.7% y el 0.5% de los casos fue obligado a asistir por alguna indicación de tipo legal. **(Ver gráfico 46)**

**Gráfico 46: Forma en que acuden a Tratamiento**



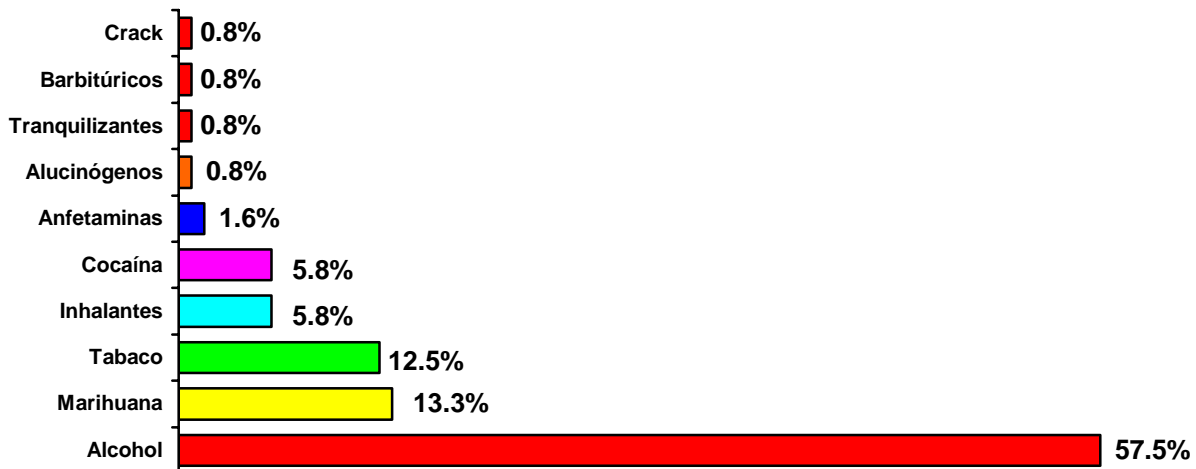
De los 404 pacientes que acudieron a recibir manejo para su problema mental, en los cuales se tiene el antecedente de que **usaron sustancias adictivas antes de recibir el tratamiento psiquiátrico**, se registraron 120 casos, lo que representa el 29.7%; registrándose al alcohol como droga de inicio en el 57.5%, la marihuana con el 13.3%, seguido por tabaco con el 12.5%, la cocaína con el 5.8%, así como para los hidrocarburos, de menor preferencia para iniciar el consumo son los alucinógenos y crack con el 0.8% para cada uno. (Ver Gráficos N° 47 y 48)

**Gráfico 47: Uso de Droga antes de recibir tratamiento psiquiátrico.**



**Gráfico 48: Drogas de inicio antes de recibir tratamiento psiquiátrico.**

N = 120



Fuente: SISVEA 2003

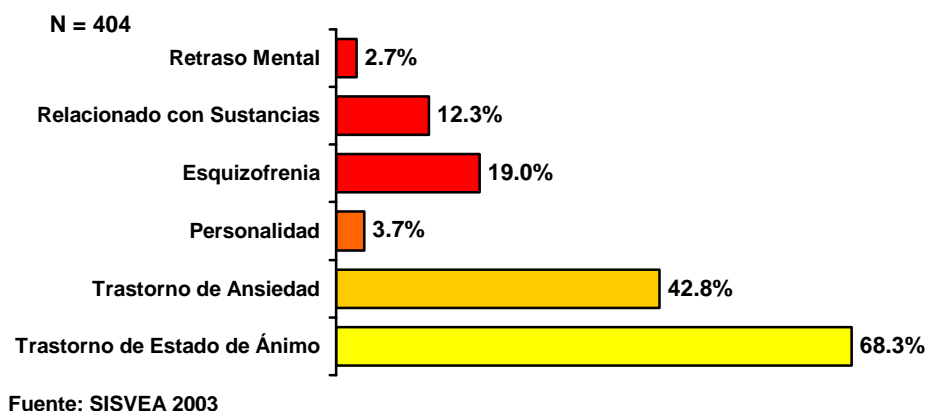
Como se observa en el cuadro número 1 de los 120 sujetos que refirieron consumir **sustancias adictivas antes de recibir tratamiento psiquiátrico**, el 57.5% **inició** usando las bebidas alcohólicas, el 13.3% lo hizo con marihuana, el 12.5% con tabaco, el 5.8% corresponden a cocaína y inhalables para cada uno de ellos, el 1.7% refirió usar anfetaminas y las drogas con menor incidencia de uso son los tranquilizantes, los alucinógenos y crack con el 0.8% para cada una de ellas.

Los pacientes que refirieron **usar drogas durante el tratamiento** corresponde a 38 sujetos, es evidente que predominan las sustancias de tipo médico como son los tranquilizantes en el 71% de ellos, seguido por los antidepresivos con el 34.2% los anticolinérgicos con el 15.7%. Y solo 4 sujetos aquellos pacientes que refirieron seguir consumiendo **drogas después de recibir el tratamiento psiquiátrico**, solo se registraron a 2 sujetos los cuales usaban 1 basuco y el otro sujeto uso antidepresivos. **(Ver Cuadro N° 30)**

<b>Cuadro 30: Sustancias adictivas consumidas por los pacientes según tiempo de tratamiento psiquiátrico.</b>			
<b>Droga</b>	<b>Antes N= 120</b>	<b>Durante N= 38</b>	<b>Después N= 2</b>
<b>Alcohol</b>	68.3	-	
<b>Marihuana</b>	25	-	-
<b>Inhalables</b>	12.5	-	-
<b>Cocaína</b>	25	-	-
<b>Tranquilizantes</b>	5	71	-
<b>Alucinógenos</b>	6.7	5.2	-
<b>Barbitúricos</b>	0.8	2.6	-
<b>Anfetaminas</b>	1.7	-	-
<b>Tabaco</b>	23.5	-	
<b>Crack</b>	0.8	-	
<b>Opio / morfina</b>	0.8	-	
<b>Flunitracepam</b>	0.8	2.6	
<b>Antidepresivos</b>		34.2	50
<b>Anticolinérgicos</b>		15.7	
<b>Drogas médicas</b>		15.7	
<b>Basuco</b>			50

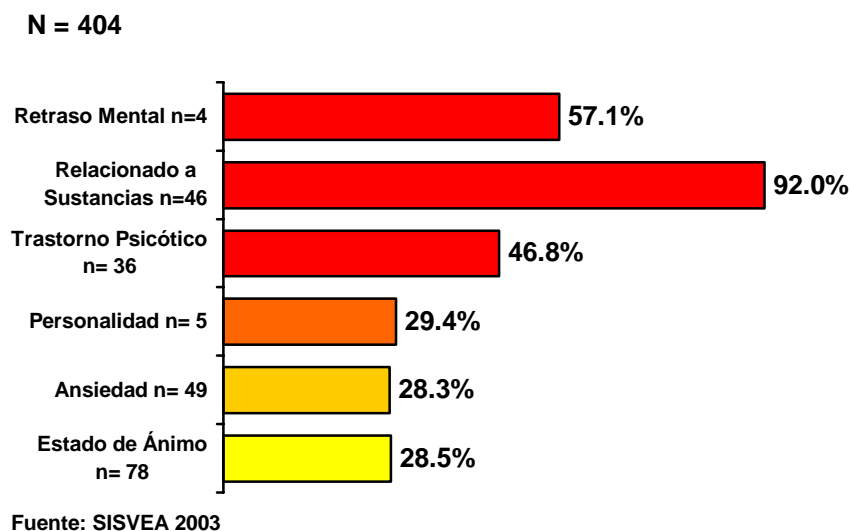
**En las entidades nosológicas diagnosticadas a estos pacientes** encontramos a los Trastornos del Estado de Ánimo como el padecimiento más frecuente en 276 sujetos que representa el 68.3%; en segundo lugar tenemos a los Trastornos de Ansiedad con el 42.8% (173 sujetos); en tercer lugar con el 19% encontramos a los Trastornos Psicóticos con 77 pacientes; el 12.3% de 50 casos son aquellas enfermedades relacionadas con sustancias adictivas, el 3.7% con 15 casos se relacionan con Trastornos de la Personalidad y por último tenemos con el 2.7% para los 11 pacientes registrados con Retraso Mental. **(Ver gráfico N° 49)**

**Gráfico 49: Tipo de Trastorno**



El consumo de **sustancias adictivas se ve fuertemente asociado a cualquier tipo de Trastorno Mental**, como se observa en el **gráfico número 8**. El 92% de los pacientes tienen algún trastorno relacionado con alguna sustancia; el 57.1% de los pacientes con retraso mental consumen alguna droga; los casos con trastorno psicótico como la esquizofrenia las han consumido en el 46.8%, el 28.5% usa drogas de los que tienen algún trastorno del estado de Animo y con el 28.3% de los pacientes con trastorno de ansiedad. **(Ver Gráfico N° 50)**

**Gráfico 50: Uso de Sustancias según Tipo de Trastorno.**



Como podemos observar en el cuadro N° 2, **las drogas de inicio de acuerdo al tipo de padecimiento mental**, encontramos que en el caso del alcohol se observa un mayor consumo, prácticamente en cualquier tipo de trastorno a excepción de las personas con problemas de la personalidad en quienes predominó el uso de cocaína; la marihuana fue la segunda droga de inicio registrándose en todos los trastornos mentales, el crack se aprecia como droga de inicio en el 3.2% y 2.7% en los de tipo psicótico y en los padecimientos que tienen relación con sustancias adictivas. **(Ver Cuadro N° 31)**

Cuadro 31: Distribución porcentual de Drogas de inicio según tipo de trastorno mental.						
Droga de Inicio	Ánimo N = 78	Ansiedad N = 49	Personalidad N = 5	Esquizofrenia N = 36	Rel/sust N = 46	Retraso Mental N = 4
Alcohol	59	59.2	-	54.0	55.3	100
Marihuana	12.8	14.3	20	6.5	14.5	-
Inhalantes	2.6	4.1	-	12.9	6.3	-
Cocaína	9.0	12.2	80	-	10.4	-
Tranquilizantes	-	-	-	3.2	2.1	-
Alucinógenos	1.3	-	-	-	-	-
Anfetaminas	2.6	4.1	-	-	2.1	-
Tabaco	12.8	6.1	-	16.7	4.1	-
Barbitúricos	-	-	-	3.2	-	-
Crack	-	-	-	3.2	2.7	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Al alcohol lo encontramos dentro de las primeras **drogas que ocasionan mayor impacto** en todos los padecimientos, la cocaína se encuentra en casi todos los trastornos a excepción de los de la personalidad y aparece el cristal en los pacientes que tienen trastornos asociados al consumo de sustancias. **(Ver cuadro N° 32)**

Cuadro 32: Distribución porcentual de Drogas de Mayor impacto según tipo de trastorno mental.						
Droga de Impacto	Ánimo N = 40	Ansiedad N = 26	Personalidad N = 5	Esquizofrenia N = 22	Rel/sust N = 28	Retraso Mental N = 3
Alcohol	62.5	53.8	-	50	57.1	66.7
Marihuana	7.5	7.7	20	4.5	10.7	-
Alucinógenos	-	-	-	-	4.8	-
Inhalantes	2.5	7.7	-	9.1	7.1	-
Cocaína	12.5	7.7	80	4.5	17.9	-
Cristal	-	-	-	-	9.5	-
Tranquilizantes	2.5	3.8	-	4.5	3.6	33.3
Anfetaminas	5	7.7	-	-	3.6	-
Tabaco	7.5	11.5	-	18.2	-	-
Basuco	-	-	-	4.5	-	-
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



## CONCLUSIONES

1. Los pacientes que con mayor frecuencia acuden a recibir tratamiento psiquiátrico pertenecen al sexo Femenino.
2. La edad de los pacientes que son atendidos pertenecen al grupo de edad de los 30 a 34 años.
3. Existe poca afluencia de pacientes en edad pediátrica.
4. El 33.2% de los pacientes cursaron la primaria, por lo que el nivel de educación es bajo.
5. La manera en que acuden los pacientes a recibir tratamiento psiquiátrico es por voluntad propia, seguida por invitación de algún amigo o familiar.
6. La proporción más baja de la forma en que acuden, es la indicación legal y médica, situación que nos debe hacer reflexionar que la comunidad médica debe tener mayor capacidad en el diagnóstico y la referencia de los casos en forma oportuna.
7. Las drogas de inicio que se consume con mayor frecuencia antes de recibir el tratamiento psiquiátrico son el alcohol, la cocaína, tabaco y marihuana.
8. Las drogas de mayor consumo por los pacientes mientras reciben el tratamiento son los tranquilizantes y los antidepresivos.
9. La droga que refieren los pacientes atendidos como la de mayor impacto es al alcohol.
10. La cocaína fue reportada como de mayor impacto en los pacientes que padecen Trastornos en el Estado de Ánimo y los relacionados a Sustancias Adictivas.
11. Los Trastornos Mentales que se diagnostican con mayor frecuencia son los del Estado de Ánimo, Ansiedad y los de la Esquizofrenia.

## **MENORES INFRACTORES**



**SISVEA, RESULTADOS 2003**

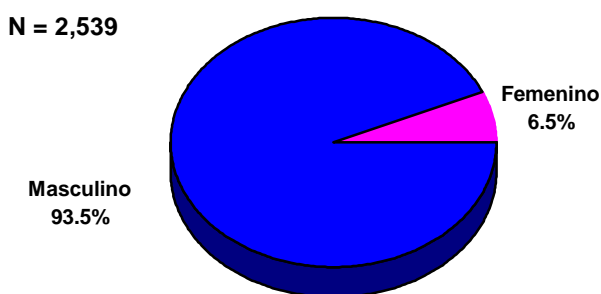
En este indicador se registran a todos los menores que por diversas razones cometen algún tipo de infracción y son remitidos al **Centro de Observación de Menores Infractores (COMI) de la Ciudad de Guadalajara**.

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

Se incluyeron a 2,539 sujetos, quienes ingresaron a esta Institución durante el período comprendido entre Enero y Diciembre del año 2003, con las siguientes características sociodemográficas:

En cuanto a la **distribución por género** el 93.5% pertenece al masculino y el 6.5% son del femenino. **(Ver gráfico n° 51)**

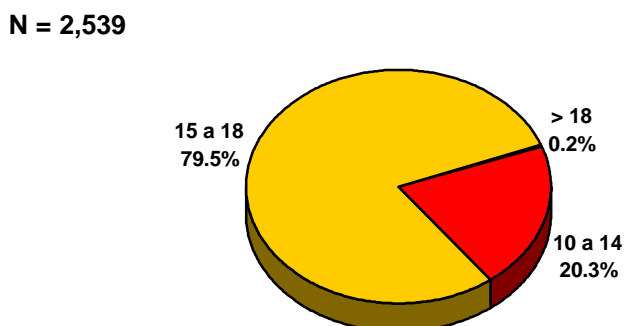
**Gráfico 51: Distribución por Género**



Fuente: SISVEA 2003

La **distribución por grupos de edad** de los menores de este Centro de Observación tenemos que la gran mayoría se encuentra entre los 15 a 18 años, puesto que este grupo de edad obtuvo el 79.5%, de los 10 a 14 años el 20.3%. Cabe mencionar que no se registraron casos de menores de 9 años. **(Ver gráfico n° 52).**

**Gráfico 52: Distribución por Grupos de Edad**

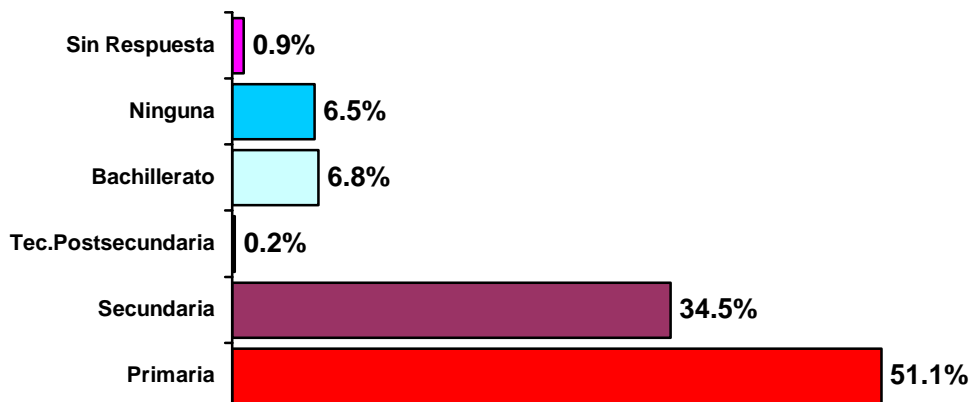


Fuente: SISVEA 2003

Con relación al **nivel de escolaridad de los menores**, encontramos al mayor grupo en aquellos que han cursado la educación primaria en el 51.1%, el 34.5% refiere haber cursado la secundaria y el 6.8% el bachillerato; es de hacer notar que el 6.5% de esta población no tuvo la oportunidad de acudir al plantel escolar. **(Ver gráfico nº 53).**

**Gráfico 53: Escolaridad**

**N = 2,539**



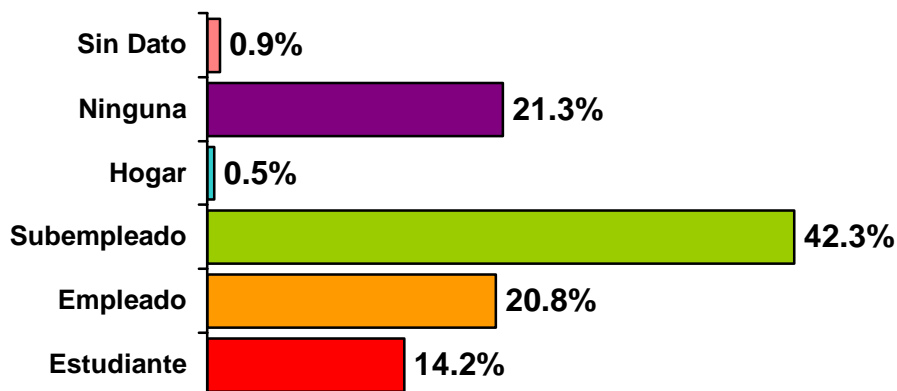
Fuente: SISVEA 2003

Con relación al **estado civil de estos menores**, el 94.8% refieren ser solteros, en unión libre se encuentra el 4.4%, separados y casados con el 0.3% para cada uno de ellos, llama la atención que el 0.1% (3 sujetos) refieren ser viudos.

Con respecto a la **actividad laboral** que estos menores desarrollan, encontramos al subempleo, como lo es el limpiar vidrios, realizar algún servicio, etc. como la principal forma de subsistir puesto que el 42.3% consigue dinero de esta manera; al empleo formal se dedica el 20.8%; el 21.3% refiere no desempeñar actividad alguna; el 14.2% manifiestan ser estudiantes y el 0.5% se dedica a las actividades domésticas; aunque en este último, predomina en el sexo femenino. **(Ver gráfico nº 54)**

**Gráfico 54: Actividad Laboral**

**N = 2,539**

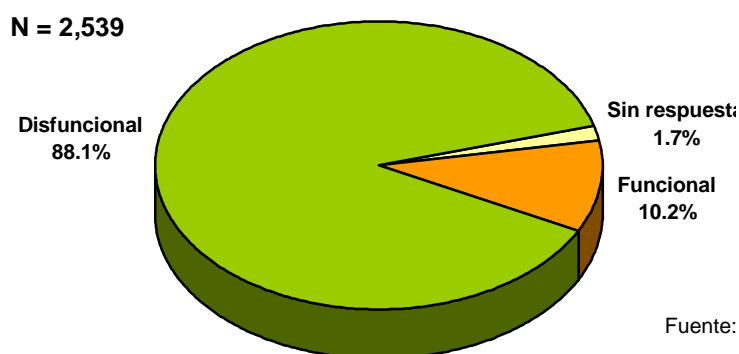


Fuente: SISVEA 2003

Al evaluar el **nivel socioeconómico** del menor y su familia, la gran mayoría pertenece a una clase social económicamente desprotegida, registrándose el 96.5% como bajo, con el 1.2% son considerados como medio bajo, el 1.2% pertenecen al estrato socioeconómico medio y sólo el 0.4% es alto.

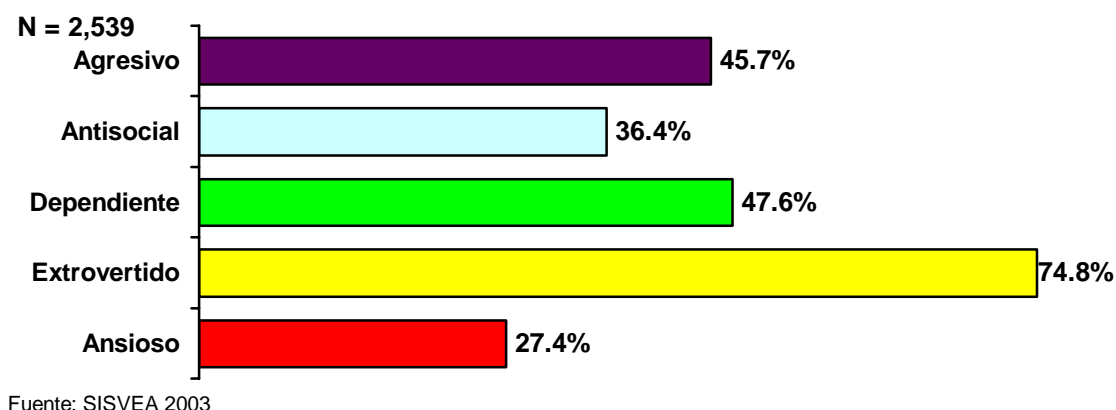
**La familia en su composición así como en el cumplimiento de sus roles**, juega un papel importante en la generación de menores sanos o de lo contrario con conductas de tipo antisocial, donde se observa una mayor incidencia en la comisión de infracciones. En este grupo encontramos que el 88.1% pertenece a una familia de tipo disfuncional. En cuanto a su composición el 53.9% de las familias se catalogó como extensa, el 38.2% es integrante de una familia nuclear y sólo el 10.2% provienen de una funcional. **(Ver gráfico nº 55).**

**Gráfico 55: Tipo de Familia**



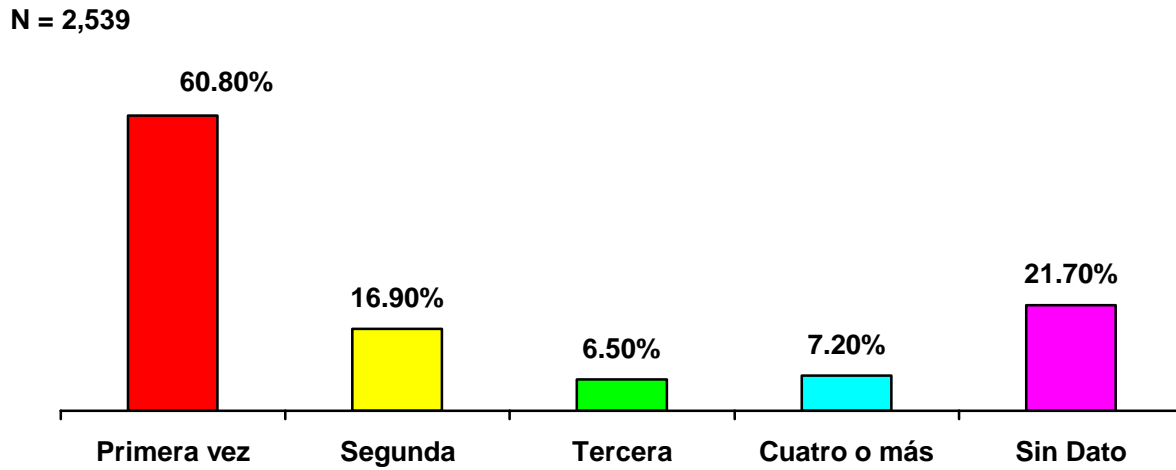
El resultado del examen psicológico aplicado a los jóvenes, revela que las **características de personalidad** en este tipo de población es la siguiente: el 27.4% se dictamina que muestran ansiedad, el 74.8% son considerados como extrovertidos, el 47.6% son dependientes y el 36.4% tienen una conducta de tipo antisocial, mostrando agresividad en el 45.7%. **(Ver gráfico nº 56).**

**Gráfico 56: Características de Personalidad**



El 24.9% de los menores presenta algún tatuaje y el 20.1% refiere pertenecer a una banda, 47.6% hace referencia que es su primer ingreso a la Institución, el 16.9% es de segundo ingreso y el 7.2% refiere 4 veces o más ingresos. **(Ver Gráfico nº 57).**

**Gráfico 57: Número de Ingresos al COMI**



Fuente: Consejo Tutelar de Menores Infractores 2003

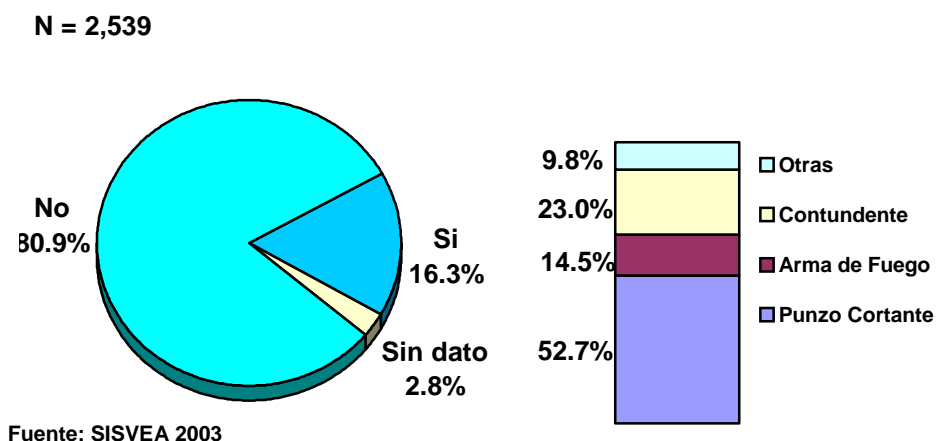
Como podemos observar en el cuadro número 33, el **tipo de infracción** que con mayor frecuencia cometen, es el robo con un 48.1%, seguido por los delitos contra la salud que le corresponde el 24.1% y el 6.8% por portar algún arma prohibida, el 4.5% fue detenido por consumir drogas, el 6.2% provocó daños en propiedad ajena y el 4.8% por provocar lesiones.

<b>Cuadro 33. Tipo de Infracción cometida por menores infractores.</b>		
<b>Infracción</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Robo	1220	48.1
Delitos contra la salud	613	24.1
Portar algún arma.	173	6.8
Consumo de drogas	114	4.5
Daños en propiedad ajena.	158	6.2
Lesiones.	121	4.8
Violación.	46	1.8
Homicidio.	25	1
Secuestro.	6	0.2
Otros	116	4.6

Los **lugares donde se presenta la mayor incidencia** para que los menores **cometan las infracciones** son en la vía pública en un 66.8% de los casos, otro sitio de alto riesgo es el hogar o en casa habitación con el 8.9% y en tercer lugar es el área laboral con sólo el 1.1%, registrándose como los de menor incidencia los lugares de diversión, la escuela y el aeropuerto.

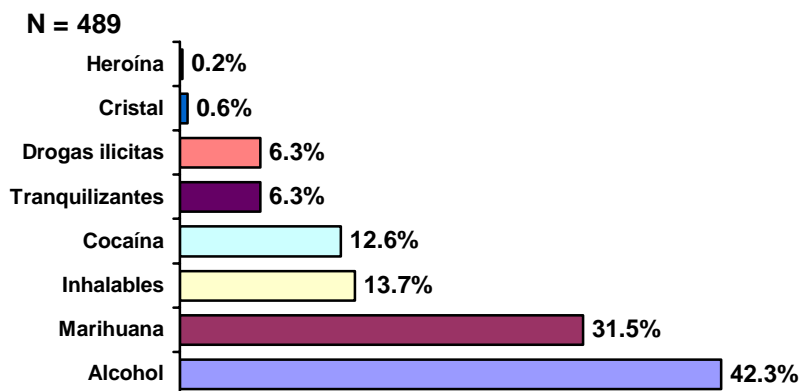
Es de reflexionar que el 16.3% de los menores que ingresaron cometieron la **infracción utilizando algún tipo de arma**. En relación a las armas utilizadas el 51.9% usó una de tipo punzo-cortante, el 14.3% utilizó un arma de fuego y el 22.7% con objeto contundente. Otros con el 9.7% armas de tipo bombas molotov. **(Ver gráfico nº 58)**

**Gráfico 58: Uso de Arma y Tipo para Cometer la Infracción**



De los 2,539 sujetos, 489 menores cometieron la **infracción bajo el efecto de sustancias adictivas**, lo que representa el 19.3%. Y las drogas relacionadas con la comisión del delito, encontramos como principales al alcohol en el 35% de los casos, el 31.5% intoxicado con marihuana, el 13.7% con inhalables y el 12.6% con cocaína. **(Ver gráfico nº 59)**

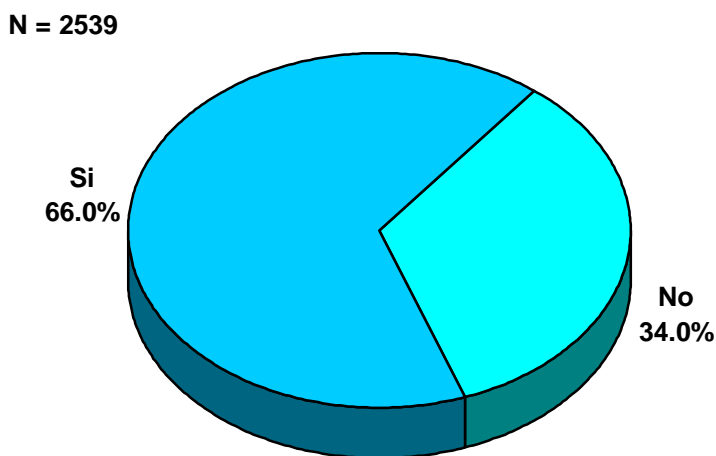
**Gráfico 59: Sustancias Asociadas a la Comisión del Delito**



Fuente: SISVEA 2003

De los 2,539 menores infractores en 1,676 casos, lo que representa un 66%, fueron diagnosticados como **usuarios habituales de sustancias que causan adicción**. **(Ver gráfico nº 60).**

**Gráfico 60: Menores Usuarios Habituales de Drogas**



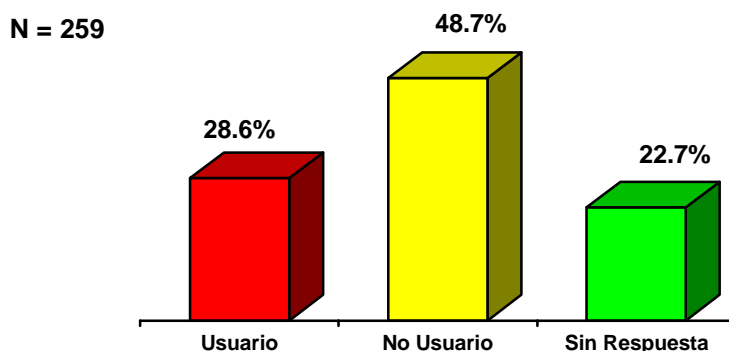


Las **sustancias consumidas con mayor frecuencia por los 1,676 sujetos** son la marihuana en el 80.6% y en segundo lugar encontramos a la cocaína con el 49.5%, en tercero a los inhalables con el 38.4%, los barbitúricos en un 19.7%, el basuco con el 18.7% y al tranquilizantes con el 13% y prácticamente no tenemos problema con el consumo de derivados de opio. El resto de otras sustancias consumidas se esquematizan en el siguiente cuadro. **(Ver cuadro nº 34)**

<b>Cuadro 34: Tipo de Droga consumida por menores usuarios habituales.</b>		
<b>Tipo de droga</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Alcohol	72	4.3
Marihuana	1,352	80.6
Inhalables	645	38.4
Alucinógenos	7	0.41
Heroína	4	0.23
Cocaína	831	49.5
Tranquilizantes	330	19.7
Crack	30	1.7
Tabaco	77	4.5
Psicotrópicos	47	2.8
Basuco o pasta base	314	18.7
Cristal	27	1.6

Al comparar a los menores usuarios habituales de sustancias adictivas contra aquellos que no las usan de ésta forma, encontramos algunas diferencias entre el tipo de familia tanto en su composición como en la actitud, como se observa en el **gráfico número 61**, 259 menores pertenecen a una **familia catalogada funcional** y de ellos el 28.6% refiere ser usuario habitual de drogas, en comparación al 48.7% no son usuarios de sustancias adictivas y un poco más del 22% no respondió si es o no usuario habitual de alguna sustancia adictiva.

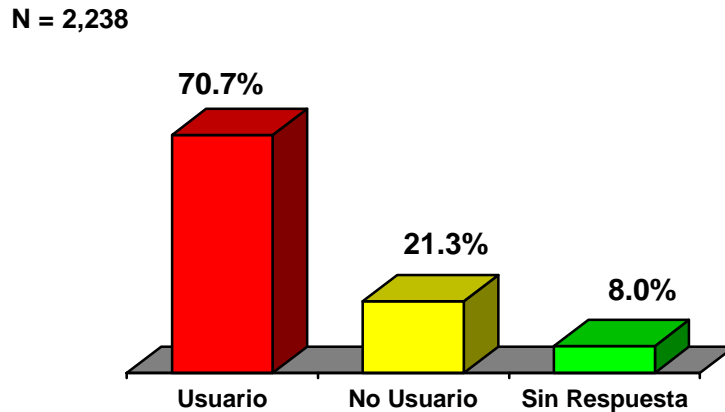
**Gráfico 61: Prevalencia de usuarios de drogas con Familia Funcional**



Fuente: SISVEA 2003

2,238 menores pertenecen a una **familia catalogada como de actividad disfuncional**, de los cuales el 70.7% de ellos son usuarios de sustancias adictivas en contraste, con los no usuarios que sólo se obtuvo un registro del 21.3%. **(Ver Gráfico nº 62)**

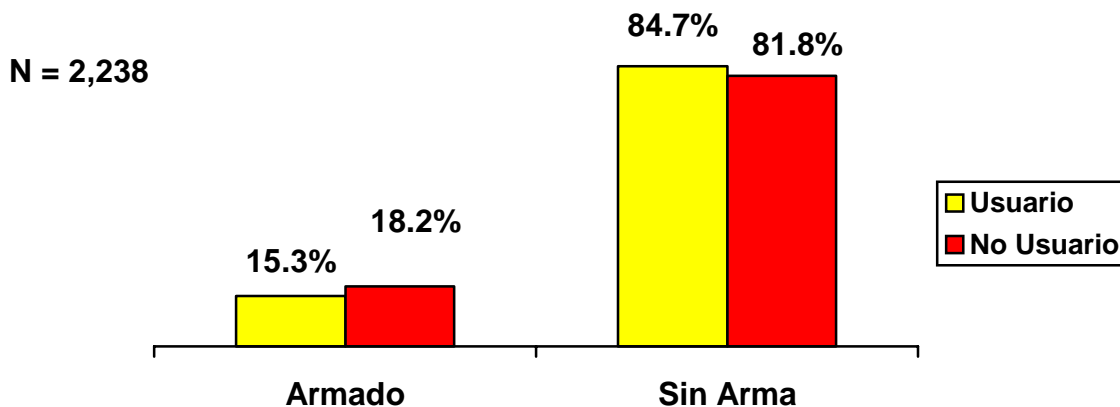
**Gráfico 62: Usuarios Habituales de Drogas según Tipo de Familia Disfuncional**



Fuente: SISVEA 2003

Con relación al **uso de arma al cometer algún ilícito**, encontramos una mayor proporción del uso de estas en aquellos que no son usuarios de drogas con el 19.2% a diferencia que en los usuarios se registró el 16.7%, aunque desde el punto de vista estadístico no sea una diferencia significativa. **(Ver Gráfico 63)**

**Gráfico 63: Uso de Armas y su relación con el uso habitual de drogas.**

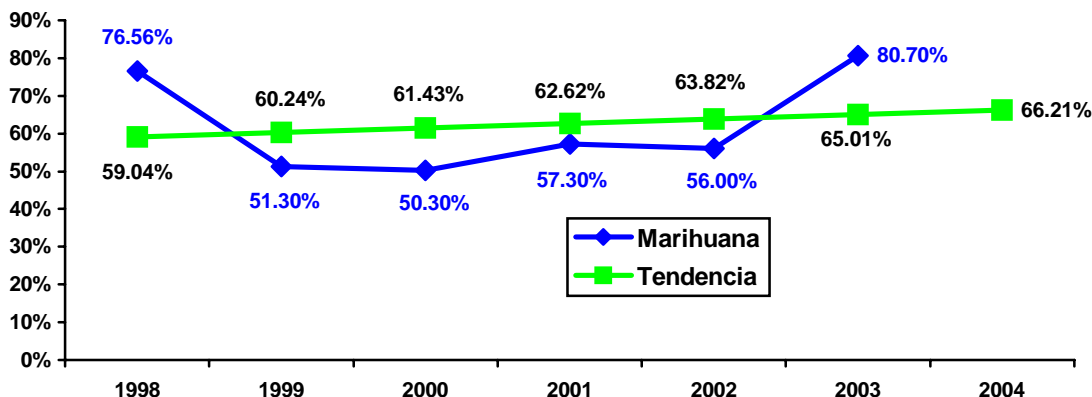


Fuente: SISVEA 2003

## TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES POR MENORES INFRACTORES 1998 – 2003.

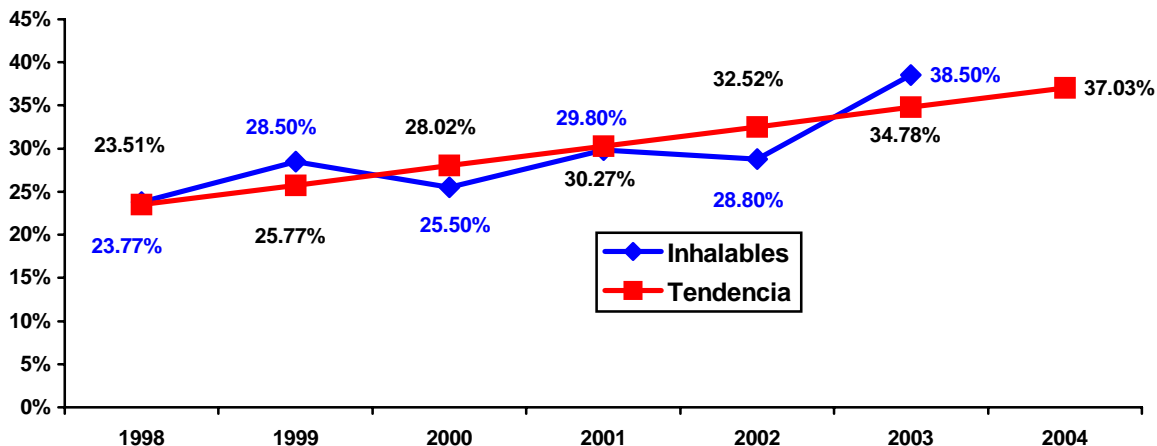
En el consumo de sustancias ilegales por menores infractores se ha observado un decremento en el uso **de marihuana**, pasando por el 76.5% en el año 1998 hasta el 56% en el 2002; sin embargo en el año 2003 nos encontramos con un ascenso en el consumo de esta sustancia llegando hasta el 80.6%; asimismo, los **inhalantes** han presentado un incremento gradual pasando del 23.7% hasta el 28.8% en el año 2002; en el 2003 observamos a la **cocaína** con un ascenso similar a lo que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2002 registrando un 38.4%, pasando del 16.1% en 1998 y en el 2003 con el 49.5%, con tendencia similar de ascenso se observan al grupo de los **tranquilizantes**. (Ver gráfico 64 - 67)

**Gráfico 64: Tendencia en el Consumo de Marihuana**



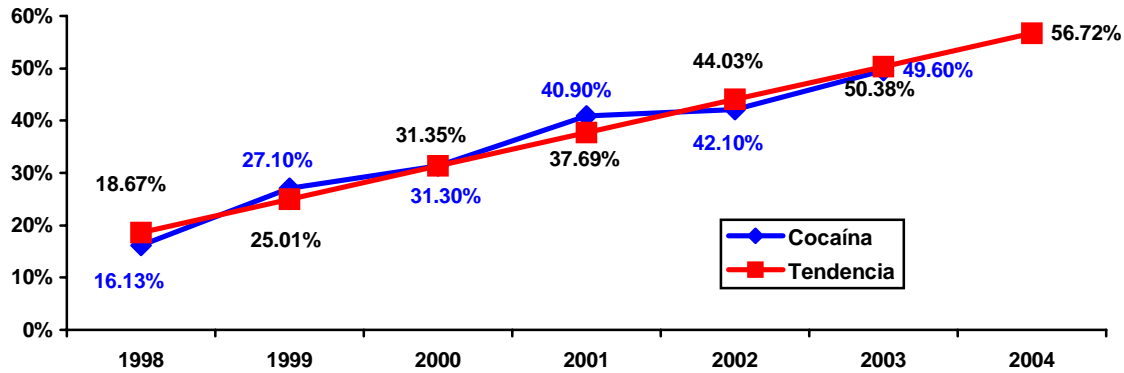
Fuente: SISVEA 2003

**Gráfico 65: Tendencia en el Consumo de Inhalables**



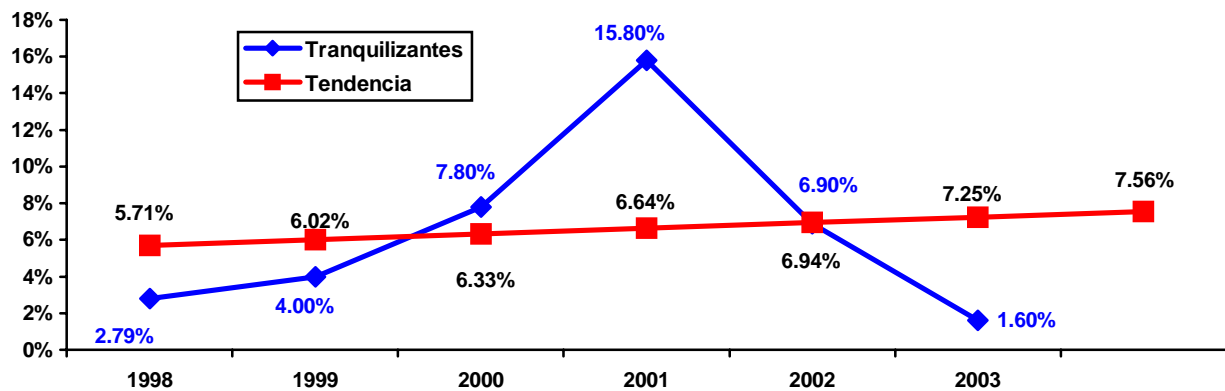
Fuente: SISVEA 2003

Gráfico 66: Tendencia en el Consumo de Cocaína



Fuente: SISVEA 2003

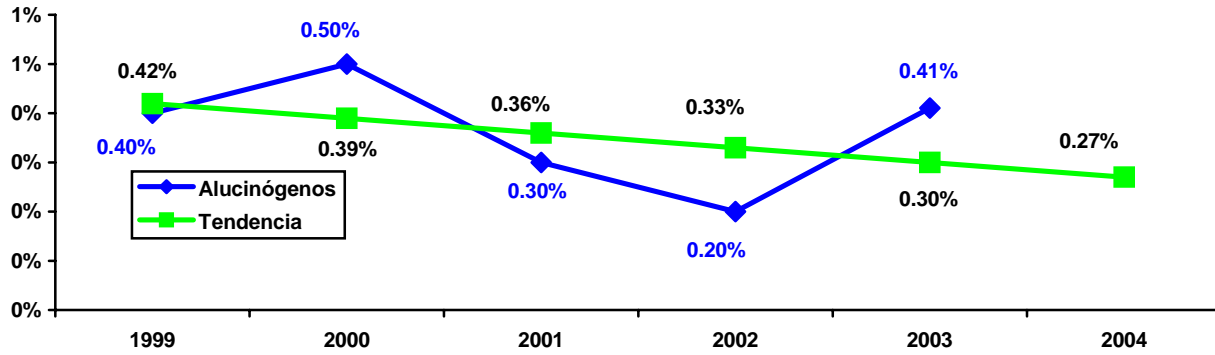
Gráfico 67: Tendencia en el Consumo de Tranquilizantes.



Fuente: SISVEA 2003

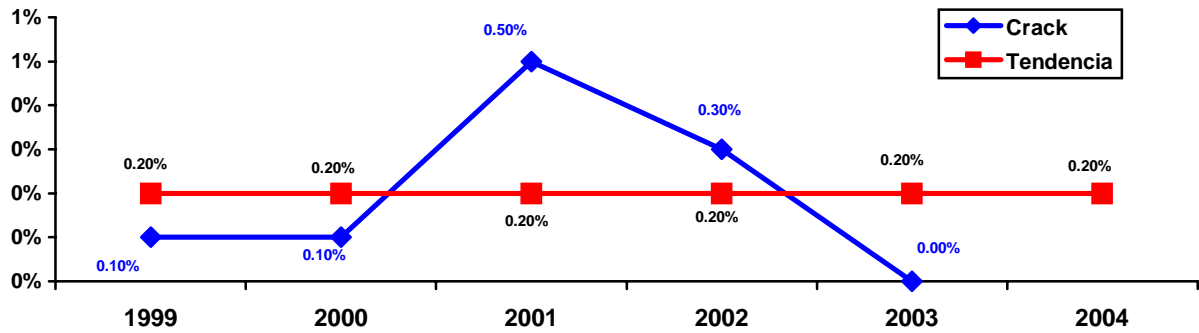
Durante estos últimos 6 años de registro, ha aparecido el uso de otras drogas en los menores infractores, como se observa en el gráfico 18, los **alucinógenos** son sustancias que cada vez se utilizan con menor frecuencia, ya que la tendencia se muestra hacia la baja. No así en el caso de la **heroína**, **el crack** y **el cristal** se ha observado un aumento ligero de estas sustancias, las cuales deben de ser vistas de cerca porque en algunos años podrían ser drogas con un número importante de usuarios. (Ver Gráfico Nº 68 - 71)

**Gráfico 68: Tendencia en el Consumo de Alucinógenos**



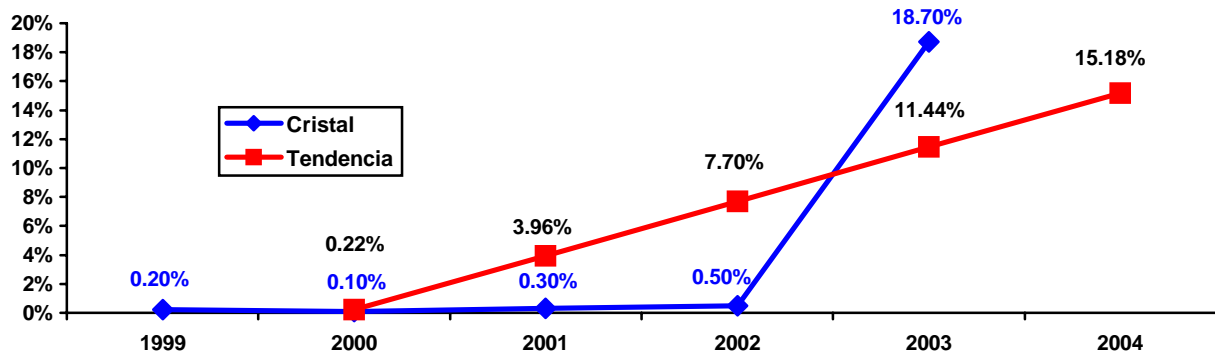
Fuente: SISVEA 2003

**Gráfico 69: Tendencia en el Consumo de Crack**



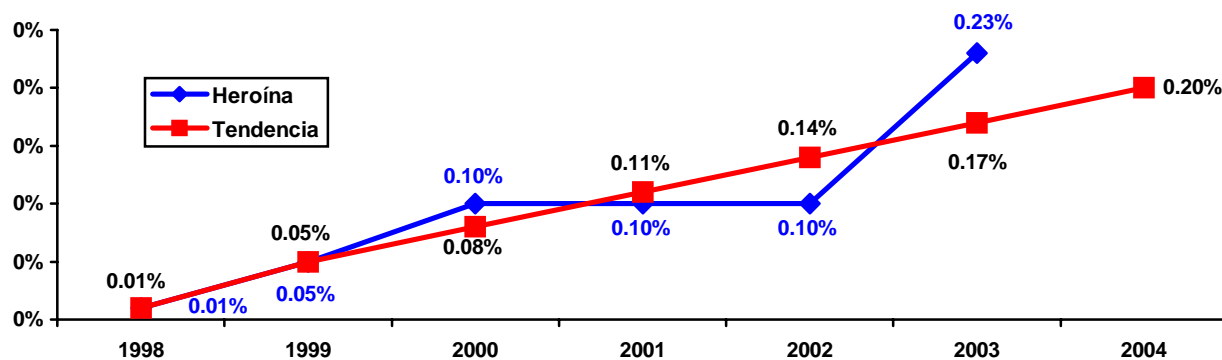
Fuente: SISVEA 2003

**Gráfico 70: Tendencia en el Consumo de Cristal**



Fuente: SISVEA 2003

Gráfico 71: Tendencia en el Consumo de Heroína



Fuente: SISVEA 2003

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos con el estudio de 2,539 sujetos del Centro de Observación de Menores Infractores (COMI), llegamos a las conclusiones siguientes:

- El sexo masculino es el que mayormente ingresa a esta Institución en un 93.5%.
- La edad de mayor riesgo para cometer infracciones se encuentra entre los 15 a 18 años.
- El nivel de instrucción escolar para la mayoría de estos menores, es el de primaria con el 51.5%.
- El nivel socioeconómico bajo predomina en el 97.1%.
- El 89.6% proviene de una familia disfuncional y se caracteriza porque los menores tienen rasgos de conducta que manifiestan ansiedad en el 97.9% de ellos.
- El tipo de infracción que se comete con mayor frecuencia por los menores, sigue siendo el robo con el 48.2% y el 68.4% comete la falta en la vía pública.
- El 16.8% 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 20.2% 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 los últimos 6 años se han incrementado los usuarios de cocaína.
- En este año se registra un notable 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.
- En el consumo de marihuana y los inhalantes, la tendencia es hacia la alza en los últimos 6 años.
- Aparecen el crack, el cristal y la heroína con tendencias al incremento durante los últimos 5 años, sustancias que deben de tomarse en cuenta como drogas que están teniendo aceptación por los menores infractores.

## NIÑOS DE LA CALLE



SISVEA, RESULTADOS 2003



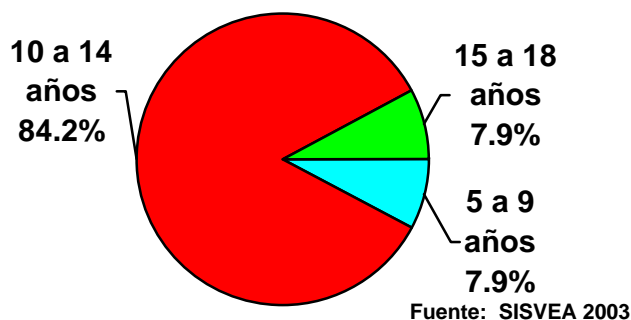
En este indicador estudiamos a **38 niños registrados** en las Instituciones siguientes: **Mairo Don Bosco, la Dirección de Prevención Social de Guadalajara y el Albergue Las Palmas de DIF Guadalajara**. De acuerdo a su condición de marginación social se encuentran viviendo en la calle, porque no mantienen ningún contacto con su familia fueron catalogados como **niños de la calle** y para aquellos que si lo tienen, pero que por algún motivo se encuentran viviendo en la calle, se catalogaron como **niños en la calle**.

Analizamos en primera instancia lo referente al perfil sociodemográfico y en lo que se refiere a la **distribución por género**, encontramos que el 78.9% pertenecen al sexo masculino y el 21.1% al femenino.

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 con el 84.2% al grupo de los 10 a 14 años, seguido por los de 15 a 18 y los menores de 9 años con el 7.9% para cada grupo. **(Ver gráfico n° 72)**.

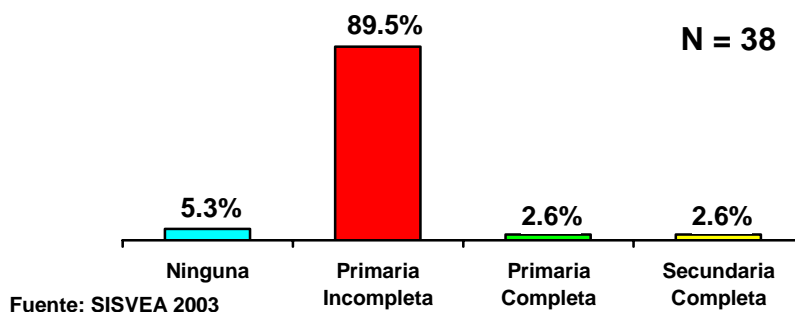
**Gráfico 72: Distribución por Grupos de Edad**

**N = 38**



Con relación al **nivel de instrucción educativa** en esta población se registró con una escolaridad baja, ya que encontramos que el 89.5% aún no ha concluido o está trunca su educación primaria y sólo el 2.6% refiere haberla terminado, el 5.3% no ha tenido la oportunidad de asistir a un plantel escolar por lo que se encuentran en un estado de analfabetismo y el 1.2% refiere no haber terminado aún la secundaria. **(Ver gráfico n° 73)**.

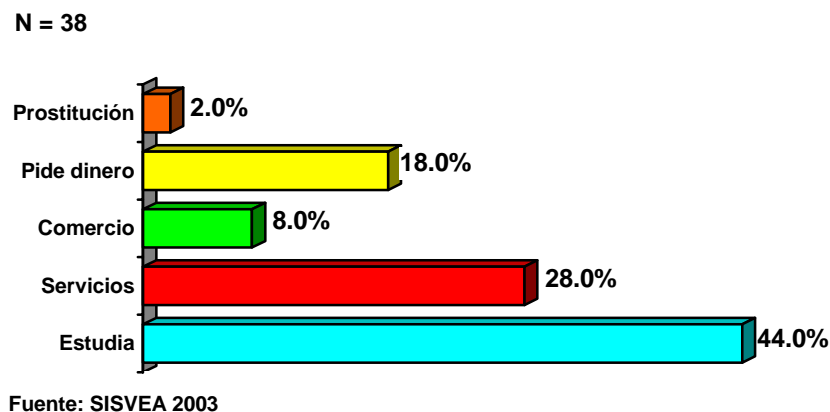
Gráfico 73: Nivel de Educación



En referencia al **estado civil**, en todos los casos respondieron estar solteros, sin embargo el 5.3% 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 44% manifiesta estar estudiando dentro de las instalaciones del Albergue, el 28% ofrece algún tipo de servicio, el 18% se dedica a pedir dinero, el 8% al comercio de tipo informal y el 2% se prostituye. (Ver gráfico nº 74)

Gráfico 74: Actividad Laboral



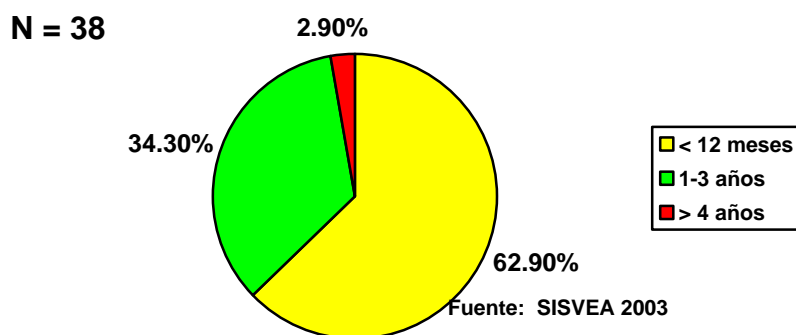
El área más frecuente en que desarrollan su actividad laboral son los cruceros con el 38.2%, el 32.4% desarrolla su trabajo en los lugares públicos cerrados y el 29.4% en lugar público abierto.

Los lugares de nacimiento de los niños atendidos en estas Instituciones el 93.9% son de Jalisco y se registraron 2 casos de otros Estados: uno de Colima y otro de Baja California, un sólo sujeto fue catalogado como indígena. El 28.9% acepta no tener ningún tipo de contacto con su familia.

En cuanto a las actividades que realizan, donde es necesaria cierta responsabilidad, el 36.4% indica que ha sido la actividad remunerada aunque de tipo informal, el 52.3% ha sido mientras asistieron al plantel escolar y el 11.4% ha estado cuidando algún familiar.

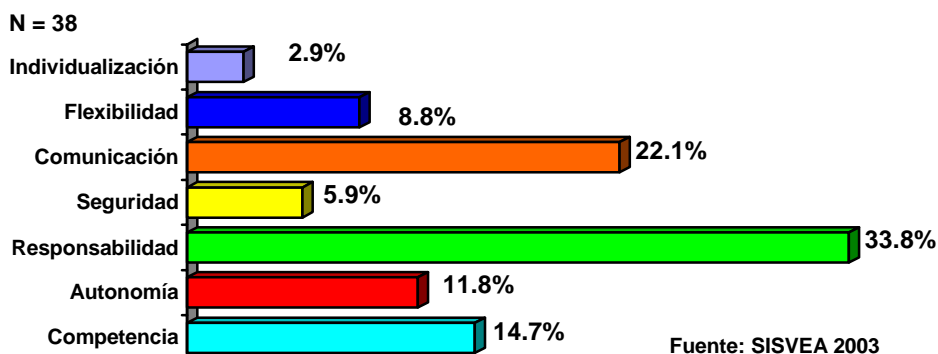
Con relación al **tiempo que tienen de vivir en la calle**, el 62% de los niños refiere que tienen menos de 12 meses, el 34.3% entre 1 a 3 años y el 2.9% ha estado en la calle por lo menos 4 años. **(Ver Gráfico nº 75).**

**Gráfico 75: Tiempo de Vivir en la Calle.**



**Los rasgos de conducta** que presentan estos menores son: de competencia el 14.7%; el 11.8% actúa con autonomía; el 8.8% muestra flexibilidad; el 2.9% individualiza; el 33.8% tiene una actitud de responsabilidad; el 22.1% ha desarrollado habilidades de comunicación y sólo el 5.9% actúa con seguridad. **(Ver gráfico nº 76)**

**Gráfico 76: Rasgos de Conducta**

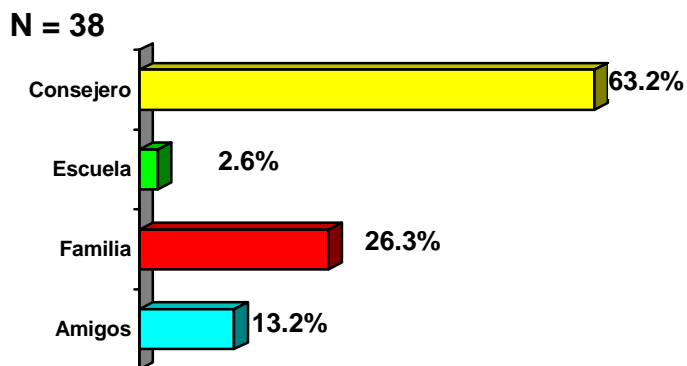


**De las situaciones que motivan a que los niños prefieran vivir en la calle** el 44.7% comenta que intenta evitar el maltrato físico, por la búsqueda de la libertad y por pobreza con el 28.9% para cada uno de ellos, el 18.4% por salirse de estudiar, el 7.9% por tener un padre que consume drogas y el 5.3% por convivir con un padre sustituto. **(Ver cuadro nº 35)**

<b>Cuadro 35: Motivos para vivir en la calle.</b>	
<b>Motivo</b>	<b>Porcentaje</b>
Maltrato físico	44.7
Padre sustituto	5.3
Madre sustituta	2.6
Padre usa drogas	7.9
Libertad	28.9
Salirse de estudiar	18.4
Pobreza	28.9
Otros	7.9

Cuando los **niños tienen algún problema** y sienten la necesidad de acercarse a alguna persona para intentar resolverlo, la gran mayoría acude con su consejero, con algún familiar el 26.3%, el 13.2% busca la solución con los amigos y sólo el 2.6% lo busca en la escuela. **(Ver Gráfico N° 77)**

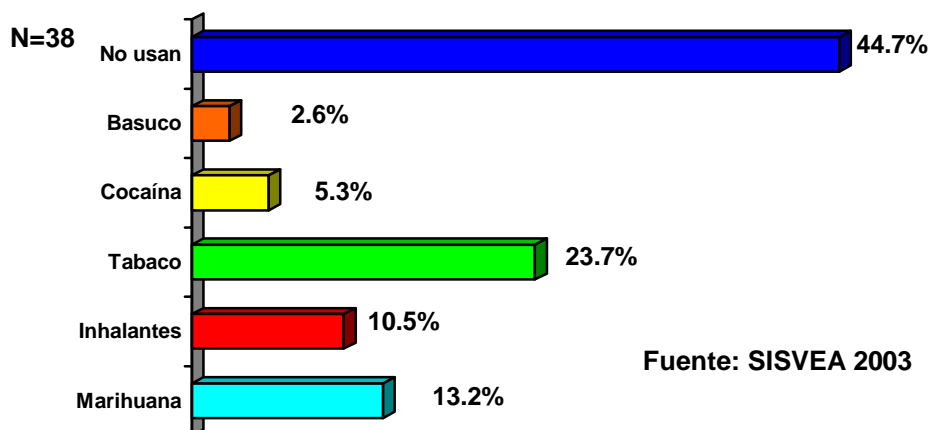
**Gráfico 77: ¿A quién acude cuando tiene problemas?**



Fuente: SISVEA 2003

Las **drogas de primer contacto** encontramos que el 13.2% inició su consumo de drogas con marihuana; el 23.7% con tabaco, el 10.5% con hidrocarburos; con cocaína y basuco el 5.3% y 2.6% respectivamente. **(Ver gráfico n° 78)**

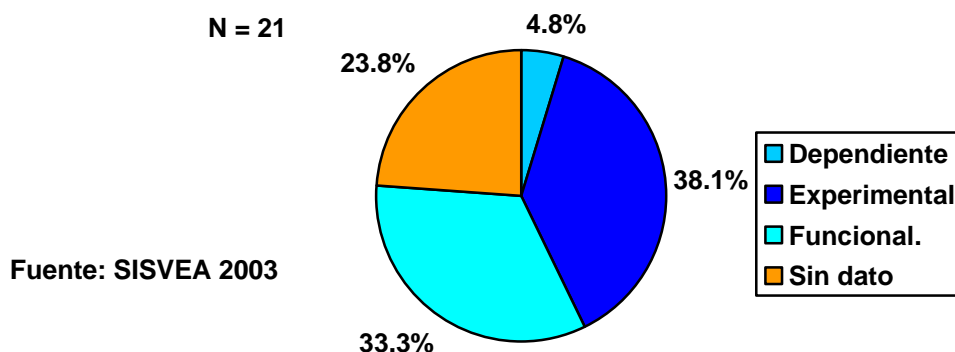
**Gráfico 78: Droga de Primer Contacto**



Fuente: SISVEA 2003

En cuanto al **nivel de consumo** el 38.1% se diagnosticó como experimentador, como usuario funcional al 33.3, el 4.8% alcanzó un nivel de consumo alto para ser considerados como dependientes. **(Ver gráfico nº 79)**

**Gráfico 79: Nivel de Consumo de Drogas.**



El 28.6% refiere tener una sensación que para ellos es agradable al drogarse y 38.1% de los usuarios de sustancias adictivas refieren que previamente han recibido algún tipo de tratamiento.

Los **motivos por los que los niños utilizan drogas**, son por gusto en el 14.7% de los casos; el 35.3% por curiosidad; el 29.4% por imitación de una conducta, el 11.9% para evitar la desesperación y el 2.9% para distraerse y por haber sido objeto de violencia física. **(Ver cuadro nº 36)**

<b>Cuadro 36: Motivos de consumo de sustancias adictivas.</b>	
<b>Motivo</b>	<b>Porcentaje N = 21</b>
Hambre.	2.9
Imitación.	29.4
Curiosidad.	35.3
Por sentir soledad.	5.9
Por distracción.	2.9
Violencia física.	2.9
Por gusto.	14.7
Otros.	5.9

De acuerdo a los anteriores motivos 88.2% consume drogas por problemas de tipo emocional y el 5.8% por algún problema de tipo físico. Se registró un sólo caso de uso de drogas intravenosas en este grupo de estudio.

Como podemos observar en el **cuadro nº 37** en este grupo infantil de riesgo, encontramos como **drogas de mayor consumo**; con el 24.1% la marihuana, el 25.9% el tabaco, el 16.7% usa los inhalables y el 11.1% utiliza la cocaína.

<b>Cuadro 37: Drogas de Mayor consumo.</b>	
<b>Tipo de Droga</b>	<b>Porcentaje</b>
Alcohol	09.3
Marihuana	24.1
Inhalantes	16.7
Cocaína	11.1
Tabaco	25.9
Basuco	7.4
Tranquilizantes	5.6

## CONCLUSIONES

**De acuerdo con los resultados arrojados por este indicador podemos llegar a las siguientes 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 3.8 varones.
2. El grupo de edad más vulnerable para vivir bajo estas circunstancias difíciles, se encuentra entre los 10 y 14 años con el 84.2%.
3. La gran mayoría de menores tienen un nivel de instrucción baja, ya que el 89.5% de los menores no ha concluido su instrucción primaria y el 5.3% no ha asistido a un plantel escolar.
4. El 5.3% 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, aunque el 44% estudia dentro del albergue.
6. El 28.9% de los menores no tiene ningún contacto con la familia.
7. El 62.9 % de los niños refirió vivir en la calle por lo menos 1 año.
8. Los principales motivos por los cuales prefieren vivir en la calle son para evitar el maltrato físico en su hogar, tratar de conseguir algún dinero y buscar libertad.
9. La mayoría de los niños que se encuentran en estas condiciones han consumido drogas.
10. Sólo un poco más del 40% ha recibido previamente algún tipo de tratamiento para la farmacodependencia.
11. Las sustancias adictivas de primer contacto que predominan son de tipo legal como la marihuana, el tabaco y el alcohol.
12. Las drogas de mayor consumo son la marihuana, los inhalantes, el alcohol, la cocaína, tabaco, pasta base o basuco.
13. La gran mayoría de los niños consumen drogas por curiosidad, imitación y por gusto.



# CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

## Alcohol:

**Efecto:**

Depresor del Sistema Nervioso Central.

**Compuesto Activo:**

Alcohol Etilico.

**Especies:**

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

## Marihuana:

**Efecto:**

Estimulante del Sistema Nervioso Central. (Alucinógeno)

**Compuesto Activo:**

Tetrahidrocannabinol (THC)

**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, Oxido 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, Dietiltriptamina, Dimiltriptamina, Dimetoxianfetamina, Fenciclidina, Feniletilamina (mezcalina), Psilocabina, Psilocina.

## **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:**

Clordiazepóxido, 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, Paraldehído.

### **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, Butilhioscina, 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.

### **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, Enlafaxina.

### **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. Enóforo.

**Abstinencia:** (Del lat. abstinencia), f. A., Abstinenz; F. e In., Abstinente. It., abstinencia. 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,  $C_6H_3(OH)CHOHCH_3NHCH_3$ , 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 cardiaca: 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., Alkoholisierung; F., alcoolisation. 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 dextroanfetamina 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 NH<sub>2</sub>. 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 (benzodiazepinas, 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 psicotrónicos de las psicosis aguda, crónica y experimental. Producen manifestaciones de origen vegetativo y extrapiramidal. Su acción dominante sería extracortical. No producen dependencia.

**Barbitúricos:** Pertenecen 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.

**Benzodiazepinas:** 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 morbosos 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.

**Canabinismo:** Estado morbosos 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 "*hachis*" 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 irreprímible (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

destruccion sobre las fibras del nervio parasimpático o bloqueando la transmision de los impulsos de este.

**Drogas Psicoanalépticas o Psicotónicas:** Sustancias químicas (estimulantes) que se caracterizan por acelerar las reacciones del Sistema Nervioso Central (anfetaminas).

**Drogas Simpaticolíticas:** Bloqueadores de la transmision de impulsos de las fibras posganglionares a los órganos efectores o tejidos, inhibiendo la contraccion del músculo liso y la secrecion 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 interpretacion 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 excitacion.

**Estupefaciente:** Droga psicoactiva narcótica y analgésica que provoca adiccion.

**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 interaccion entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimitible 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 privacion.

**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 administracion.

**Hábito:** del lat. *habitus*). Costumbre o práctica adquirida por la repeticion frecuente de un mismo acto.

**Habitación.** Adaptacion gradual a un estímulo o medio. Aumento de la tolerancia a una droga desarrollada por su repeticion administracion.

**Hashís, hashish:** del árabe. *Hasis, hierba.* Preparacion 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 excitacion 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 adictiva 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 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.

## 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. Alfonso Petersen Farah**

Secretario de Salud y Coordinador del Consejo Estatal contra las Adicciones.

**Lic. María Cristina Santoscoy Gutiérrez.**

Secretaria Técnica del Consejo Estatal Contra las Adicciones.

**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.**

Aistente del Depto. de Información Seguimiento y Evaluación