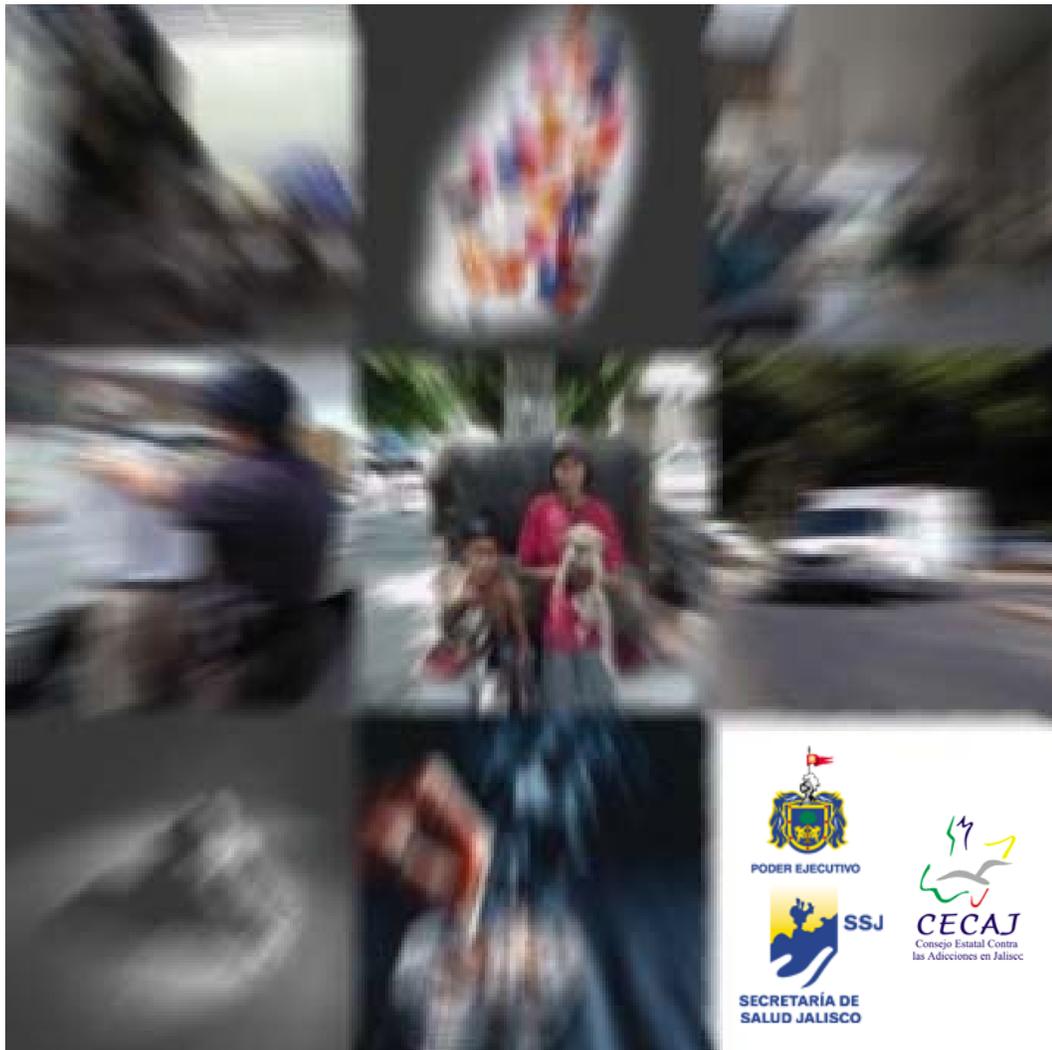


Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones



Resultados 2002



CONTENIDO

GRÁFICOS.....	ii
CUADROS.....	iii
FIGURAS.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	3
INSTITUCIONES SISVEA.....	4
INDICADORES.....	7
ALCOHOL	9
FARMACODEPENDENCIA.....	23
SERVICIO MÉDICO FORENSE.....	37
MENORES INFRACTORES.....	49
NIÑOS DE LA CALLE	63
PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS	73
SALUD MENTAL.....	83
TABACO.....	91
LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS	101
HISTORIA NATURAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	101
HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA.....	102
HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES.....	103
HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA.....	104
HISTORIA NATURAL DE CONSUMO DE HEROÍNA.....	105
CLASIFICACIÓN DE DROGAS.....	106
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	110

GRÁFICOS

Alcohol

Gráfico 1: Distribución por Género	11
Gráfico 2: Edad de Afluencia	11
Gráfico 3: Escolaridad	12
Gráfico 4: Edad de Inicio	12
Gráfico 5: Tipo de Bebida de Mayor Consumo	13
Gráfico 6: Patrón de Consumo	13
Gráfico 7: Drogas con las que experimentan los usuarios de Alcohol	14
Gráfico 8: Drogas que usan en combinación con Alcohol	14
Gráfico 9: Distribución porcentual de pacientes tratados por alcoholismo por Región Sanitaria	18
Gráfico 10 Experiencia con otras drogas por Región Sanitaria	19

Farmacodependencia

Gráfico 11: Distribución por Género	25
Gráfico 12: Edad de Afluencia	25
Gráfico 13: Nivel de Instrucción Escolar	26
Gráfico 14: Edad de Inicio	27
Gráfico 15: Distribución porcentual de pacientes tratados por farmacodependencia por Región Sanitaria	31
Gráfico 16 Distribución porcentual de usuarios de drogas intravenosas por Región Sanitaria	35

Servicio Médico Forense

Gráfico 17: Distribución por Género	39
Gráfico 18: Distribución por Grupos de Edad	40
Gráfico 19: Causa de Muerte	40
Gráfico 20: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte	41
Gráfico 21: Cadáveres Positivos a Sustancias Adictivas y Distribución por Género	42
Gráfico 22: Distribución por Grupos de Edad	42
Gráfico 23: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte	43
Gráfico 24: Tipo de Sustancia en Cadáveres de SEMEFO	44
Gráfico 25: Tendencia de Presencia de Drogas en Cadáveres 1998-2002	46
Gráfico 26: Cadáveres con Alcholemlia Positiva	46
Gráfico 27: Cadáveres Positivos a Drogas	47

Menores Infractores

Gráfico 28: Distribución por Género	51
Gráfico 29: Distribución por Grupos de Edad	51
Gráfico 30: Escolaridad	52
Gráfico 31: Actividad Laboral	52
Gráfico 32: Tipo de Familia	53
Gráfico 33: Características de Personalidad	53
Gráfico 34: Uso de Arma y Tipo para Cometer la Infracción	54
Gráfico 35: Sustancias Asociadas a la Comisión del Delito	55
Gráfico 36: Menores Usuarios Habituales de Drogas	55
Gráfico 37: Familia Funcional	56
Gráfico 38: Tipo de Familia Disfuncional	57
Gráfico 39: Uso de Armas	57
Gráfico 40: Tendencia en el Consumo de Marihuana	58
Gráfico 41: Tendencia en el Consumo de Inhalables	58
Gráfico 42: Tendencia en el Consumo de Cocaína	59
Gráfico 43: Tendencia en el Consumo de Flunitracepam	59
Gráfico 44: Tendencia en el Consumo de Alucinógenos	59
Gráfico 45: Tendencia en el Consumo de Crack	60
Gráfico 46: Tendencia en el Consumo de Cristal	60
Gráfico 47: Tendencia en el Consumo de Heroína	60

Niños de la Calle

Gráfico 48: Distribución por Grupos de Edad.....	65
Gráfico 49: Nivel de Educación.....	65
Gráfico 50: Actividad Laboral.....	66
Gráfico 51: Rasgos de Conducta.....	67
Gráfico 52: ¿A quién Acude Cuando Tiene Problemas?.....	68
Gráfico 53: Droga de Primer Contacto.....	68

Puesto Centinela de Urgencias

Gráfico 54: Distribución por Género.....	75
Gráfico 55: Demanda de Servicio, por día de la Semana.....	76
Gráfico 56: Demanda de Servicio por Turno.....	77
Gráfico 57: Motivos de Ingreso.....	77
Gráfico 58: Uso de Sustancias.....	79

Salud Mental

Gráfico 59: Distribución por Género.....	85
Gráfico 60: Distribución por Grupos de Edad.....	85
Gráfico 61: Escolaridad.....	86
Gráfico 62: Forma en que acuden a Tratamiento.....	86
Gráfico 63: Uso de Droga según momento de Tratamiento.....	87
Gráfico 64: Tipo de Trastorno.....	88
Gráfico 65: Uso de Sustancias según Tipo de Trastorno.....	88

Tabaco

Gráfico 66: Distribución por Género.....	93
Gráfico 67: Grupos de Edad.....	93
Gráfico 68: Forma en que Acuden a Solicitar el Tratamiento.....	94
Gráfico 69: Nivel de Instrucción Escolar.....	94
Gráfico 70: Drogas que han Consumido.....	95
Gráfico 71: Drogas que han combinado con tabaco.....	95
Gráfico 72: Edad de Inicio.....	96
Gráfico 73: Fumadores que le dan el Golpe al Fumar.....	96
Gráfico 74: Número de Cigarros al Día.....	97
Gráfico 75: Tiempo Transcurrido entre Despertar y Fumar.....	98

CUADROS

Alcohol

Cuadro 1: Criterios de Dependencia al Alcohol.....	15
Cuadro 2: Regiones Sanitarias de la Secretaria de Salud Jalisco.....	17
Cuadro 3: Edad de afluencia a centros de tratamiento por Región Sanitaria.....	18
Cuadro 4: Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas por Región Sanitaria.....	19
Cuadro 5: Drogas más utilizadas por usuarios de alcohol por Región Sanitaria.....	20
Cuadro 6: Pacientes que han experimentado con otras drogas y las combinan con el alcohol por Región Sanitaria.....	20
Cuadro 7: Drogas más utilizadas en combinación con alcohol por Región Sanitaria.....	21

Farmacodependencia

Cuadro 8: Patrón de consumo de sustancias adictivas.....	26
Cuadro 9: Drogas de inicio.....	27
Cuadro 10: Drogas que provocan mayor impacto.....	28

Cuadro 11: Regiones Sanitarias de la SSJ	30
Cuadro 12: Edad de afluencia a centros de tratamiento por Región Sanitaria	31
Cuadro 13: Edad de inicio en el consumo de drogas por Región Sanitaria.....	32
Cuadro 14: Drogas de inicio por Región Sanitaria	33
Cuadro 15: Drogas que causan mayor impacto por Región Sanitaria	34

Servicio Médico Forense

Cuadro 16: Distribución porcentual de las causas de muerte según tipo	41
Cuadro 17: Distribución porcentual del tipo de muerte asociada a sustancias adictivas según causa de deceso	43
Cuadro 18: Lugares donde ocurrió la muerte de cadáveres positivos a sustancias según el tipo de muerte	44
Cuadro 19: Distribución porcentual de causa de muerte según tipo de sustancia adictiva	45

Menores Infractores

Cuadro 20: Tipo de infracción cometida por menores infractores.....	54
Cuadro 21: Tipo de droga consumida por menores usuarios habituales.....	56

Niños de la Calle

Cuadro 22: Motivos para vivir en la calle.....	67
Cuadro 23: Motivos de consumo de sustancias adictivas.....	69
Cuadro 24: Drogas de mayor consumo.....	70

Puesto Centinela de Urgencias

Cuadro 25: Distribución porcentual por grupos de edad.....	76
Cuadro 26: Distribución porcentual de ingresos según padecimiento médico	78
Cuadro 27: Distribución porcentual de lesiones de causa externa como motivo de ingreso.....	78
cuadro 28: Padecimientos médicos asociados a sustancias adictivas	79
Cuadro 29: Lesiones por causa externa relacionado con sustancias adictivas	80

Salud Mental

Cuadro 30: Sustancias adictivas consumidas por los pacientes según tiempo de tratamiento psiquiátrico	87
Cuadro 31: Distribución porcentual de drogas de inicio según tipo de trastorno mental	89
Cuadro 32: Distribución porcentual de droga de mayor impacto según tipo de trastorno mental	89
Cuadro 33: Criterios de dependencia al tabaco en los pacientes atendidos	97
Cuadro 34: Cigarrillo que les provoca mayor dificultad el dejar de fumar.....	98

FIGURAS

Figura 1: Historia Natural del Consumo de Alcohol.....	101
Figura 2: Historia Natural del Consumo de Marihuana	102
Figura 3: Historia Natural del Consumo de Inhalantes.....	103
Figura 4: Historia Natural del Consumo de Cocaína.....	104
Figura 5: Historia Natural del Consumo de Heroína.....	105

INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias adictivas se han 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 es 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 para el consumo de drogas, lo que permite conformar un diagnóstico que facilite 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 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 con la participación de los Módulos Comunitarios de Salud Mental 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 al desempleo y a 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, así como las intoxicaciones agudas y enfermedades catalogadas como urgencias médicas.

Conociendo los cambios en los patrones de consumo antes mencionados 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 los 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 del Estado, lo que nos 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 todas las Regiones del Estado.

El SISVEA cuenta con siete indicadores que buscan información de tipo sociodemográfica, como son: 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 **2002** contamos con la participación de **56 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. Hospital Psiquiátrico de Jalisco.
5. Hospital San Juan de Dios.
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 Ciudad Guzmán.
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 Colotán.
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. Hospital Civil de Belén
48. Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.
49. Promotora Juvenil Mairo Don Bosco.
50. Albergue las Palmas, de DIF Guadalajara.
51. Hospital General de Zapopan.
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 Minessota.

Resulta importante mencionar que los Centros de Integración Juvenil, A.C., reportan la información que generan directamente a CIJ Nacional y este envía a SISVEA Nacional, el cual la procesa y adapta a las variables del Sistema de Vigilancia y la envía una vez procesada nuestra entidad. En este año no contamos con la información de este importante Centro de Rehabilitación.

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



ALCOHOL



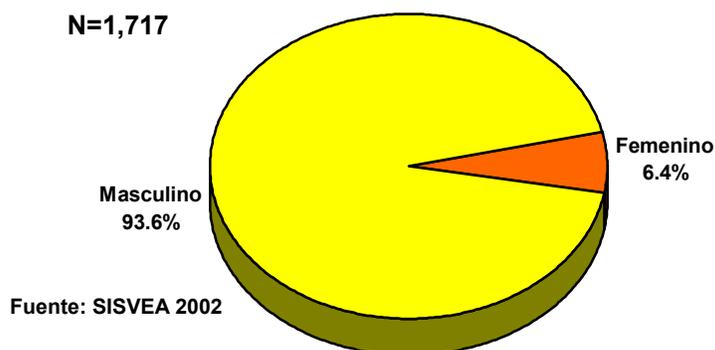
PACIENTES ATENDIDOS POR ALCOHOLISMO

ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA.

Los resultados que arroja el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, en el presente Indicador, están representados los pacientes que acuden a los diferentes Centros de Tratamiento que aportan su información al SISVEA y que se encuentran ubicados dentro de la **Zona Metropolitana de Guadalajara**, registrándose un total de 1,717 pacientes, que para facilitar la interpretación de los resultados se describirán por partes, iniciando por las características sociodemográficas.

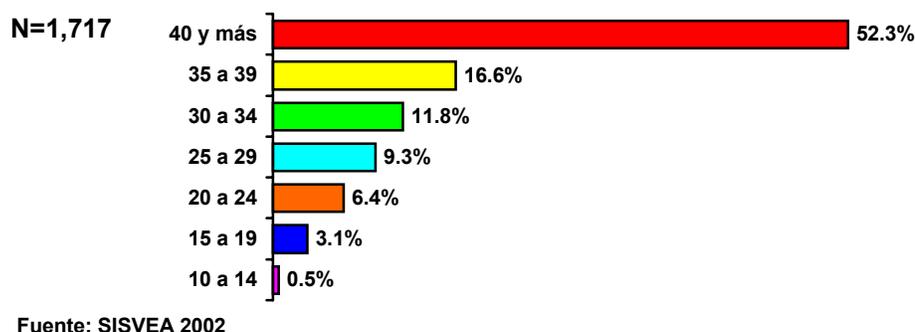
De acuerdo a la distribución por **sexo de la población que acude a demandar el tratamiento** para el uso y abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo, el sexo masculino predomina con un 93.6% y en el femenino sólo con el 6.4%. **(Ver gráfico N° 1)**

Gráfico 1: Distribución por Género

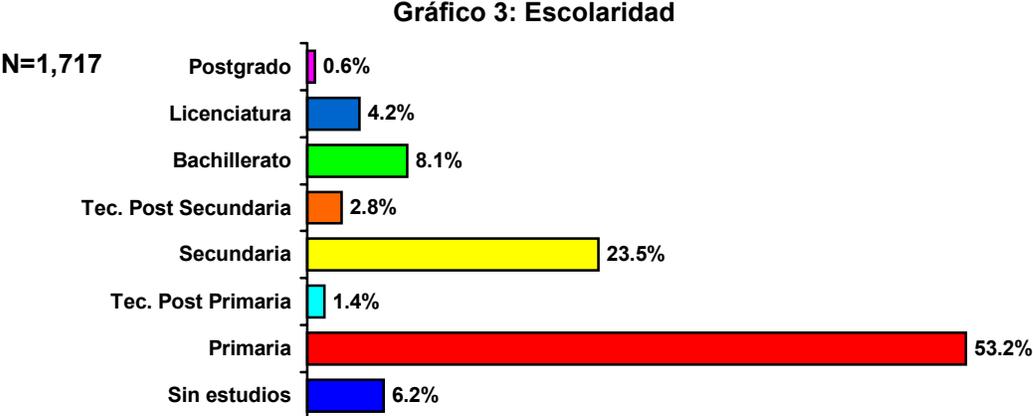


La **edad de afluencia** que acude a los Centros de Tratamiento para solicitar la ayuda, se encontró que quienes mayormente demandan la atención, es el grupo de mayores de 40 años con el 52.3%, con el 16.6% los de 35 a 39 años y el 11.8% para los de 30 a 34 años, el 9.3% registró el de 25 a 29 años, 6.4% los de 20 a 24 años, de 15 a 19 años con el 3.1% y el de 10 a 14 años con el 0.5%. **(Ver gráfico N° 2)**

Gráfico 2: Edad de Afluencia



En cuanto a la **escolaridad** de los pacientes, observamos que el 53.2% cursó la primaria, el 23.5% la secundaria, el 8.1% el bachillerato, el 6.2% es analfabeta, el 4.2% tiene licenciatura y el 0.6% cuenta con un postgrado. **(Ver gráfico N° 3)**

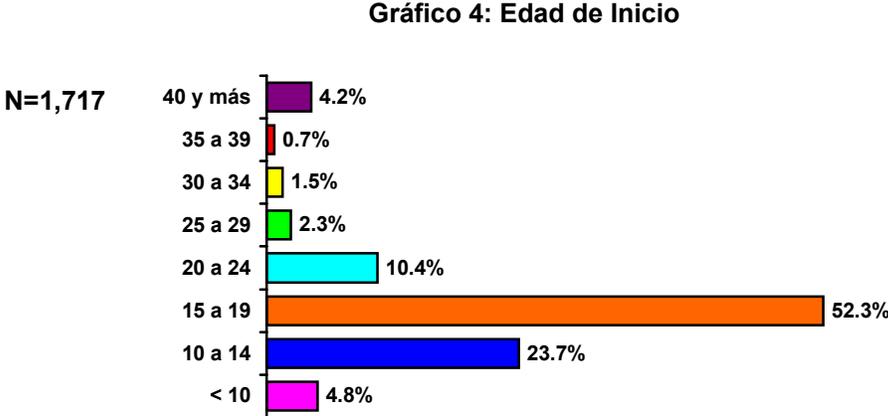


Fuente: SISVEA 2002

En relación al **estado civil** de los pacientes con problema de alcoholismo, se encontró que el 56.5% está casado, el 29.1% son solteros, el 3.8% están divorciados, en unión libre el 3.7%, el 3.5% están separados y el 3.4% 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 64% lo hace bajo estas circunstancias, el 32.3% acude voluntariamente y el 1.5% 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 52.3% inició entre los 15 a 19 años, el 23.7% entre los 10 a 14 años y el 10.4% 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 menores de edad. **(Ver gráfico N° 4)**

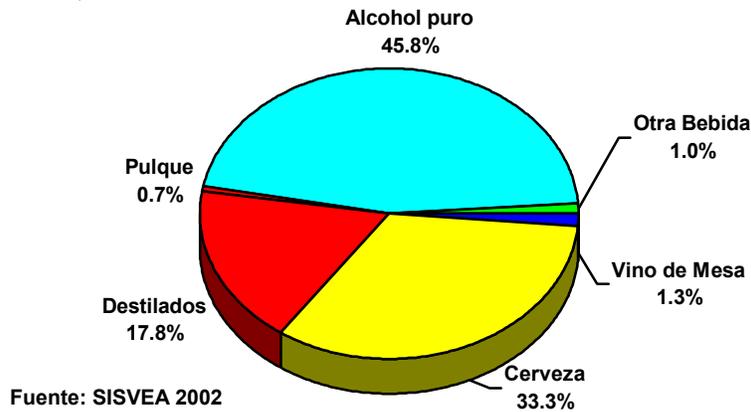


Fuente: SISVEA 2002

En cuanto a los **tipos de bebida que más consumen** estos pacientes que ya desarrollaron síndrome de dependencia, observamos que es el alcohol de 96°GL con un 45.8%, la cerveza con el 33.3%, 17.8% consume los destilados y el 1.3% usa el vino de mesa. **(Ver gráfico N° 5)**

Gráfico 5: Tipo de Bebida de Mayor Consumo

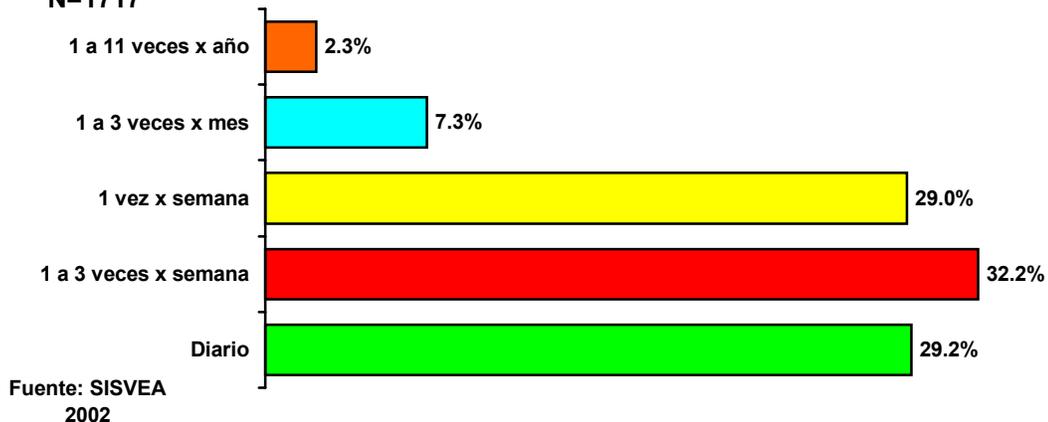
N=1,717



Cabe hacer mención que el **patrón de consumo de bebidas alcohólicas** que más frecuentemente encontramos, son los usuarios consuetudinarios, ya que el 32.2% lo consume entre 1 a 3 ocasiones por semana, el 29.2% lo usa diariamente, entre una vez a la semana y entre 1 a tres veces por mes con el 29% y el 7.3% respectivamente y sólo el 2.3% lo utiliza de 1 a 11 veces al año. **(Ver gráfico N° 6)**

Gráfico 6: Patrón de Consumo.

N=1717

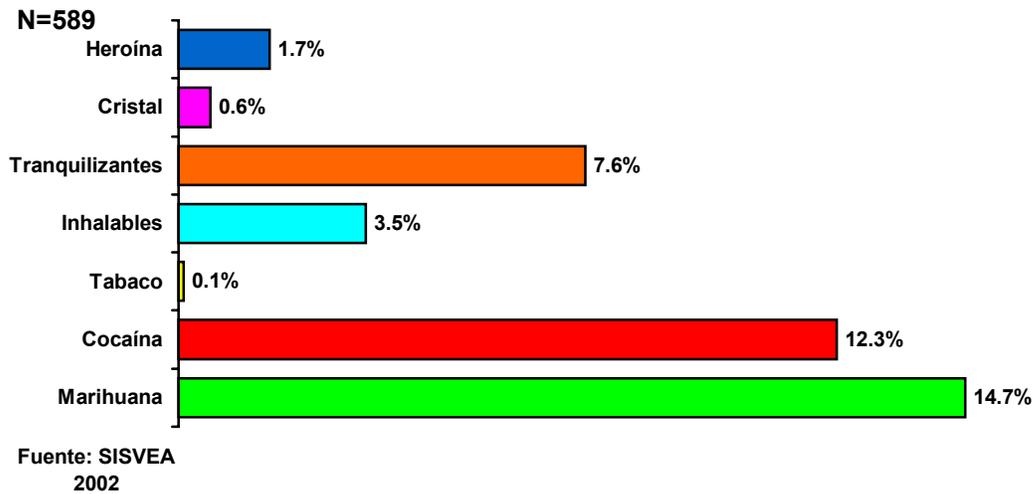


Con relación a **la cantidad de consumo** de bebidas alcohólicas por ocasión, tenemos que la gran mayoría son usuarios fuertes puesto que el 48.9% consume entre 6 a 10 copas al día, el 34.8% ingiere más de 16 copas, el 9.6% entre 1 a 5 y el 6.8% de 11 a 15 copas.

En lo que corresponde a los **pacientes que aceptaron haber tenido experiencias con otras drogas**, encontramos con respuesta afirmativa a 589 sujetos, lo que representa el 34.3%, de ellos 87 que representa el 14.7% ha consumido marihuana, el 12.3% cocaína y el

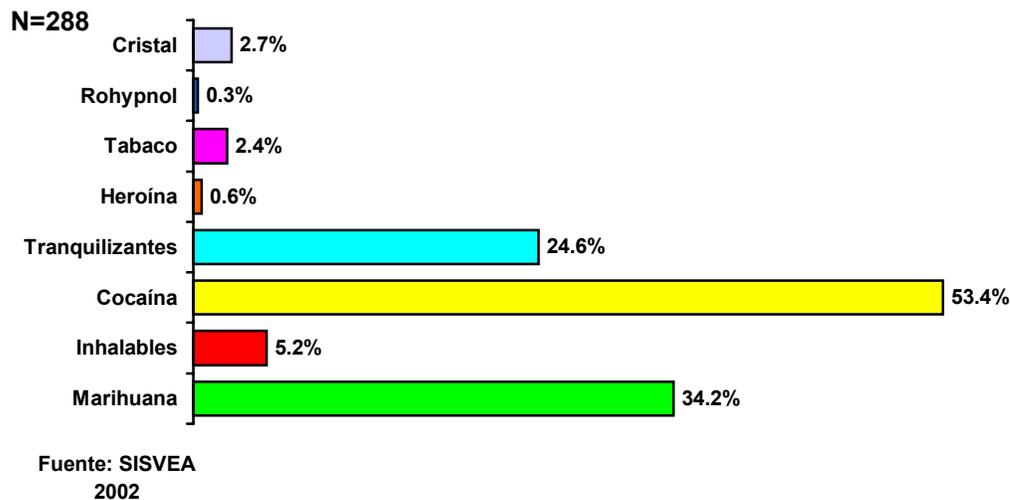
7.6% utiliza los tranquilizantes, el 3.5% ha experimentado con inhalantes, con la heroína 1.7%, el cristal con el 0.6% y por último al tabaco con el 0.1%. **(Ver gráfico N° 7)**

Gráfico 7: Drogas con las que experimentan los usuarios de Alcohol.



De los **589 sujetos** que han tenido experiencias con otras drogas, **288 pacientes** que representa el **48.9%** refirieron combinar el alcohol con otras drogas y encontrando como de mayor preferencia a la cocaína con el 53.4%, seguido por la marihuana con el 34.2%, los tranquilizantes con el 24.6%, inhalables con el 5.2%, el cristal con el 2.7%, el tabaco con el 2.4%, la heroína y el rohypnol con el 0.6% y el 0.3% respectivamente. **(Ver gráfico N° 8)**

Gráfico 8: Drogas que usan en combinación con Alcohol.



Como podemos observar en el cuadro número 1 el porcentaje de pacientes que reúnen los **criterios de dependencia al alcohol**, encontramos que el 85.2% refiere que ha tomado una copa en la mañana siguiente de una borrachera para curarse la cruda, el 82.8% refiere que ha estado borracho durante varios días, el 85.1% ha tenido que tomar más para sentir los mismos efectos y el 81.7% una vez que empieza a tomar le es difícil parar antes de sentirse completamente ebrio.

Cuadro 1: Criterios de Dependencia al Alcohol	Porcentaje
¿Me he despertado, sudoroso o tembloroso porque me hace falta tomar alcohol?	84.6
¿He estado borracho durante varios días?	82.8
¿Una vez que empiezo a tomar, me es difícil parar antes de sentirme completamente borracho?	81.7
¿Me he tomado una copa a la mañana siguiente de una borrachera para “curarme la cruda”?	85.2
¿Por estar bebiendo dejo de comer?	73.8
¿He notado cambios en mis hábitos de consumo de alcohol?	84.9
¿Tomo siempre igual no importando si es entre semana, fin de semana o si voy a alguna fiesta?	83.4
¿Alguna vez he tomado tanto que al día siguiente no puedo recordar lo que dije o hice?	85.7
¿Al dejar de tomar o reducir la cantidad que estaba tomando, he tenido temblores alguna vez?	81.6
¿Debido al consumo de alcohol he tenido que dejar de trabajar una semana o menos?	80.2
¿Mi consumo de bebidas alcohólicas ha interferido en actividades familiares y de otro tipo?	86.5
¿Cuándo siento la necesidad de una copa, no puedo concentrarme en otra cosa?	65.5
¿Tengo problemas para dejar de beber, a pesar de habérmelo propuesto?	84.6
¿He tratado de reducir el consumo pero no puedo?	83.1
¿He tenido que tomar más para sentir los mismos efectos?	85.1

CONCLUSIONES

- El sexo que más acude a solicitar tratamiento es el masculino.
- 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 años y mayores, cuando en promedio han consumido bebidas alcohólicas durante 20 años.
- La invitación por amigos y familiares, es la fórmula que tiene mayor éxito para que los pacientes acudan a solicitar tratamiento.
- La bebida que mayormente se consume por esta población es 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 34.3% de los pacientes refieren que han tenido experiencias con otras drogas registrando por orden de frecuencia y las de mayor preferencia son la cocaína y la marihuana.
- El 48.9% de las personas que han usado otras drogas, refieren combinar el alcohol con otras sustancias.

CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES DEL ESTADO DE JALISCO

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 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.

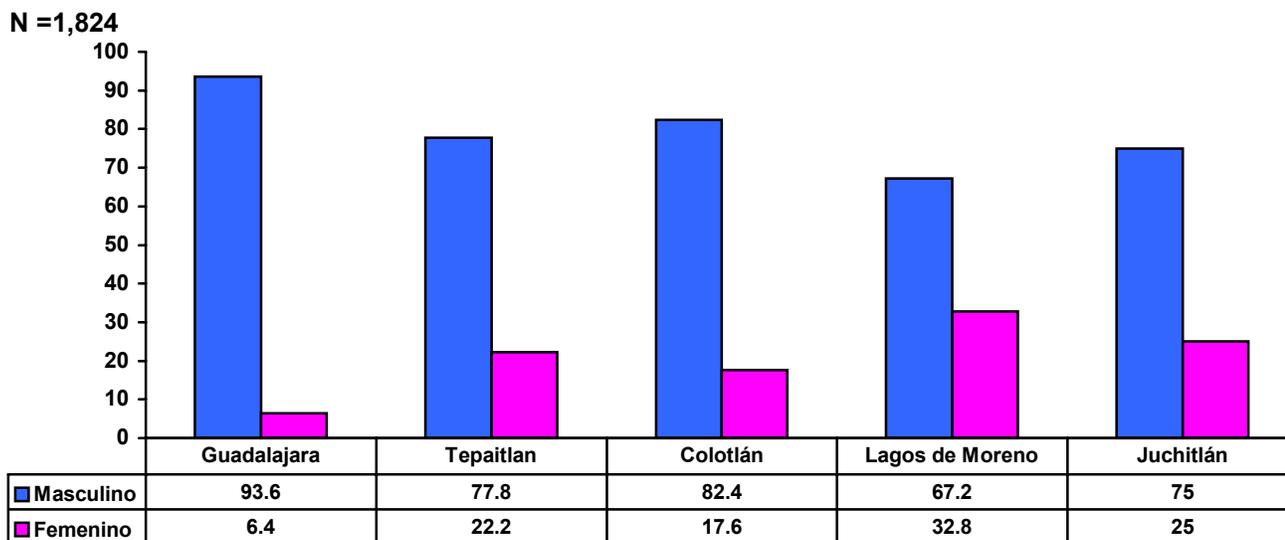
Cabe hacer la aclaración que el resto de las Regiones Sanitarias, atendieron poca cantidad de pacientes para tratamiento de alcoholismo, dada la cantidad de la muestra no es posible hacer el análisis porcentual.

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 N° 2.**

Cuadro 2: Regiones Sanitarias de la Secretaria de Salud Jalisco	
Región Sanitaria	Sede.
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.	Guadalajara

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° 9)**

Gráfico 9: Distribución porcentual de pacientes tratados por alcoholismo por Región Sanitaria



Fuente: SISVEA 2002

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 de edad en todas las regiones estudiadas. Predominando en los mayores de 40 años en Guadalajara, Lagos de Moreno y Juchitlán. En Lagos de Moreno se registraron casos de atención en menores de 14 años de edad, a diferencia de las otras regiones. **(Ver cuadro N° 3)**

Cuadro 3: Edad de afluencia a centros de tratamiento por Región Sanitaria					
Grupo de edad	Guadalajara N = 1717	Tepaitlán N = 18	Juchitlán N = 18	Colotlán N = 17	Lagos de Moreno N = 64
< 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
Total	100	100	100	100	100

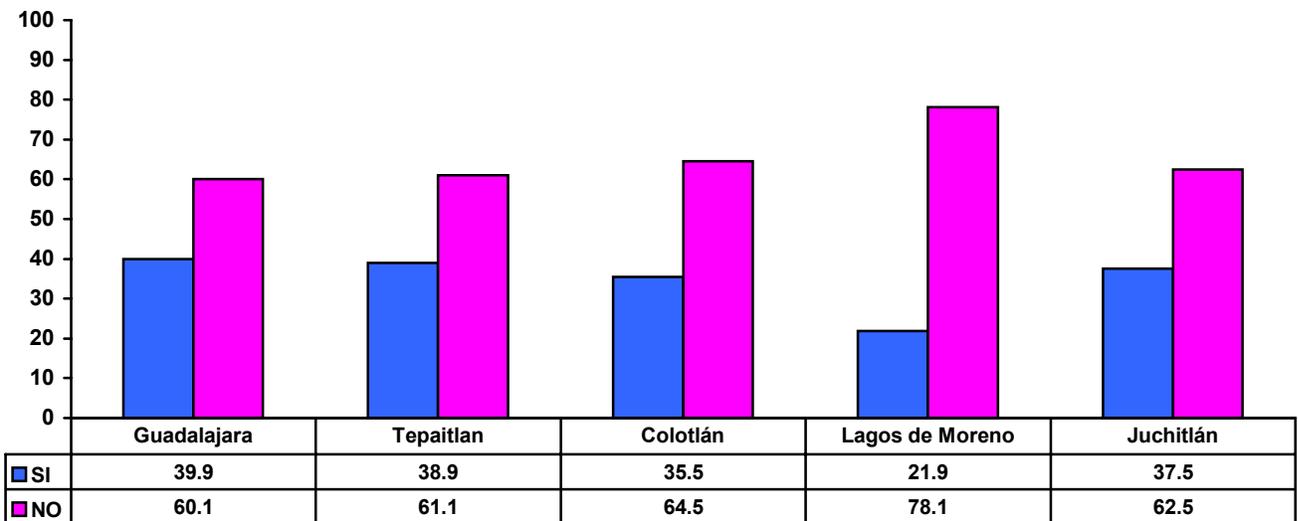
En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de bebidas alcohólicas, existen semejanzas en las Regiones, ya que las edades de inicio se encuentran entre los jóvenes entre el rango de los 15 a 19 años en todas las regiones a excepción de Lagos de Moreno, donde el inicio es todavía en edades más tempranas de la niñez y la adolescencia entre los 10 y 14 años. **(Ver cuadro N° 4)**

Cuadro 4: 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 solo un 21.9% . **(Ver gráfico N° 10)**

Gráfico 10: Experiencia con otras drogas por Región Sanitaria

N=1,824



Fuente: SISVEA 2002

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° 5)**

Cuadro 5: Drogas más utilizadas por usuarios de alcohol por Región Sanitaria					
Droga	Guadalajara	Tepatitlán	Juchitlán	Colotlán	Lagos de Moreno
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 estas**, 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° 6)**

Cuadro 6: 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° 7)

Cuadro 7: 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	.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.
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.

FARMACODEPENDENCIA

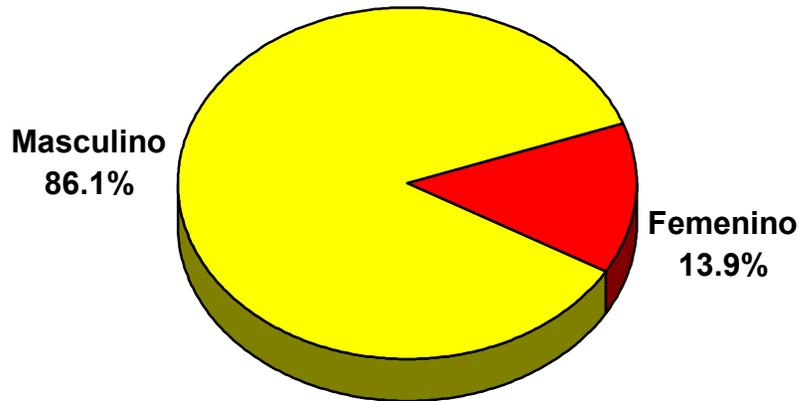


En este indicador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, se registraron 990 casos, los cuales fueron atendidos por las Instituciones y Organismos no Gubernamentales que participan en este Sistema, y que se encuentran ubicados dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara, durante el periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del año 2002, 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 86.1% el sexo masculino y el 13.9% son pacientes del sexo femenino. **(Ver gráfico N° 11)**

Gráfico 11: Distribución por Género

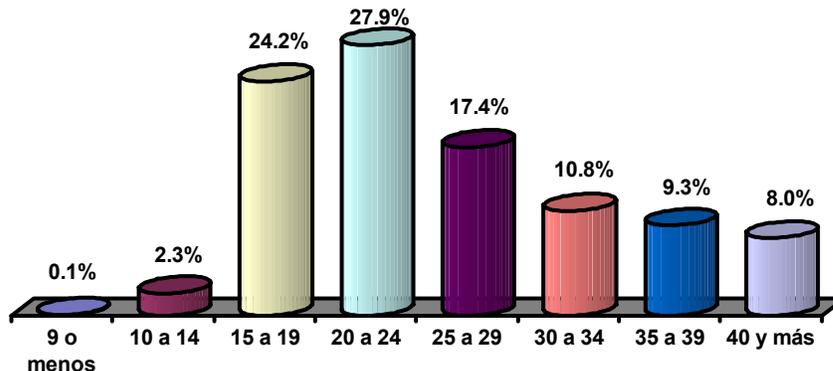
N=990



Con relación a la **edad de afluencia** de las personas que acuden a recibir tratamiento, observamos que el 2.4% acude cuando su edad es menor de 14 años, el grupo de mayor afluencia a los establecimientos para tratamiento para las adicciones se encuentra entre los 20 a 24 años con el 27.9%; seguido por los jóvenes entre los 15 a 19 años con el 24.2%; el grupo de 25 a 29 años en tercer sitio con el 17.4%; en cuarto lugar tenemos al grupo de 30 a 34 años con el 10.8%; en quinto lugar se encuentra al grupo de 35 a 39 años con el 9.3%, y con el 8% a los de más de 40 años. **(Ver gráfico N° 12)**

Gráfico 12: Edad de Afluencia

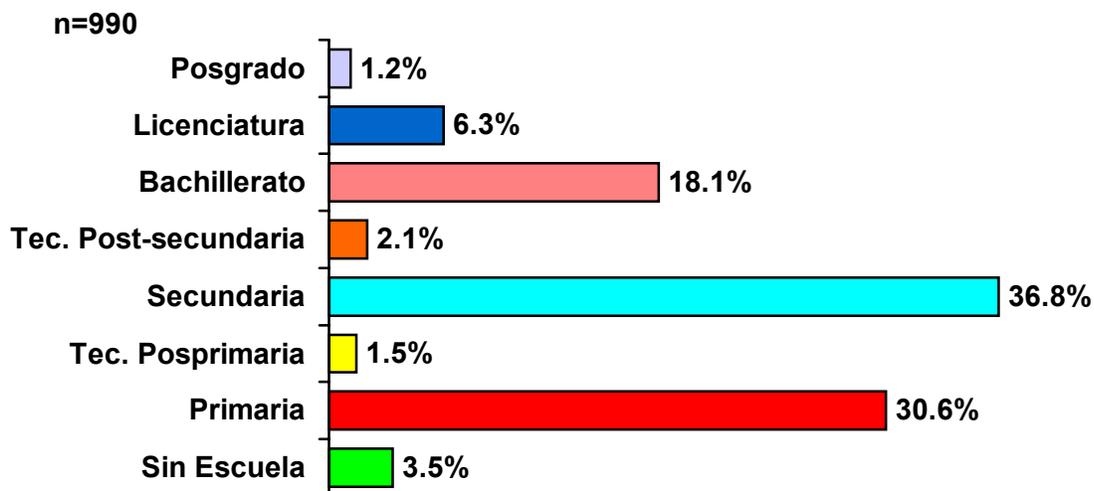
N=990



Fuente. SISVEA 2002

En cuanto al nivel de instrucción escolar de los pacientes atendidos, la mayoría de los sujetos con el 36.8% refiere haber cursado la secundaria, el 30.6% cursó primaria, el 18.1% cursó el bachillerato, el 6.3% es tiene el nivel de licenciatura, el 1.2% tiene un postgrado y el 3.5% no asistió a la escuela por lo que no saben leer ni escribir. (Ver gráfico N° 13)

Gráfico 13: Nivel de Instrucción Escolar



Fuente: SISVEA 2002

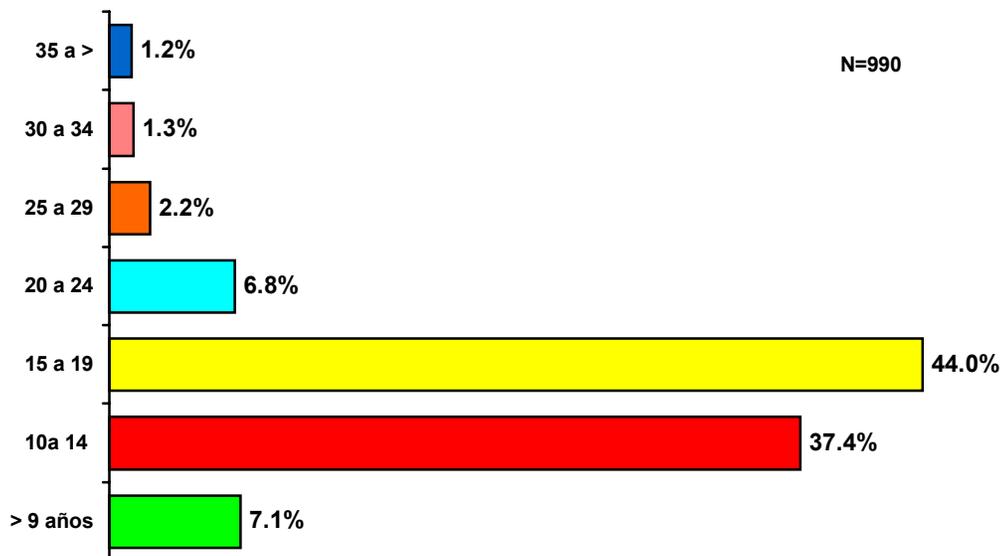
En lo que se refiere al **estado civil de los pacientes**, observamos que el 58.3% son solteros, el 25.4% se encuentran casados, el 9.4% están en unión libre y el 4.3% son separados.

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° 8)

Cuadro 8: Patrón de consumo de sustancias adictivas		
	Número	Porcentaje
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
Total	990	100

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° 14)**

Gráfico 14: Edad de Inicio



Fuente: SISVEA
2002

Al comentar sobre **las sustancias adictivas de primer contacto**, se refiere que el 27.5% inició con la marihuana, con bebidas de contenido alcohólico el 25.9%, 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 N° 9)**

Cuadro 9: Drogas de inicio		
Tipo de Droga	Número	Porcentaje
Alcohol	256	25.9
Marihuana	272	27.5
Inhalables	94	9.5
Alucinógenos	3	0.3
Heroína.	2	0.2
Opio / Morfina	4	0.4
Cocaína	202	20.4
Tranquilizantes	27	2.7
Anfetaminas	2	0.2
Tabaco	96	9.7
Antidepresivos	1	0.1
Basuco	13	1.3
Cristal	6	0.6
Crack	4	0.4
Otras Drogas	8	0.8
Total	990	100

Las **drogas que provocan mayor impacto**, 680 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° 10)**

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

CONCLUSIONES

- El sexo masculino es el que con mayor frecuencia acude a solicitar tratamiento para el problema de consumo de sustancias adictivas.
- Los jóvenes son los que acuden en un mayor número a las Instituciones y Organismos No Gubernamentales a solicitar tratamiento, y se encuentran entre los 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 36.8% cursó la secundaria, el 30.6% 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.

CONSUMO DE DROGAS POR REGIÓN

Se analizan los pacientes que fueron atendidos en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco. Dichos Pacientes fueron atendidos por 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, IV La Barca, 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.

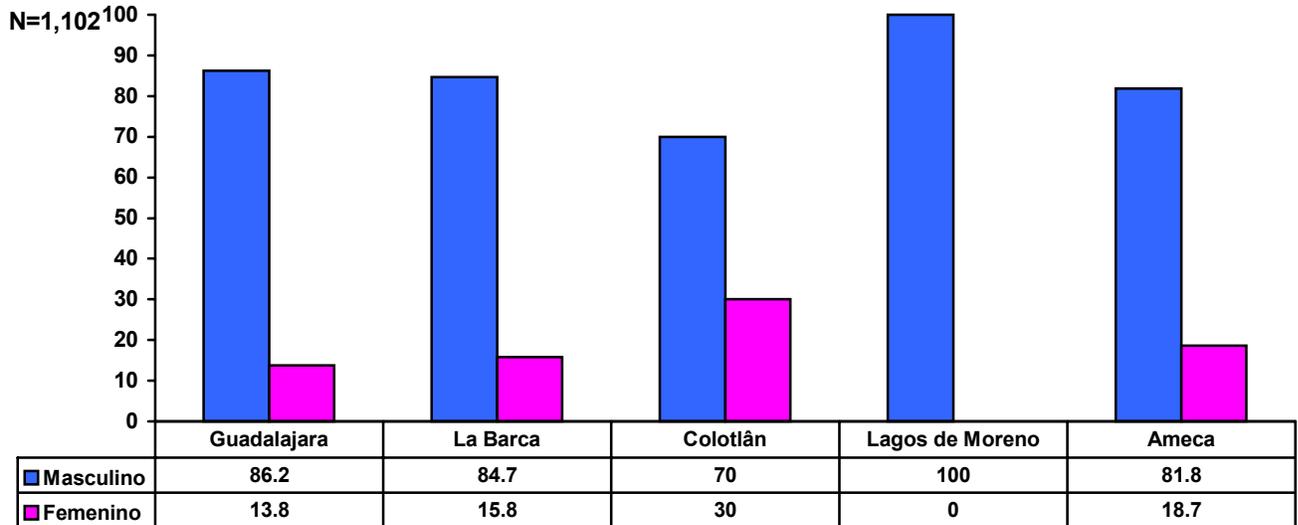
Cabe hacer la aclaración que el resto de las Regiones Sanitarias, atendieron poca cantidad de pacientes para tratamiento de adicciones dada la cantidad de la muestra no es posible hacer el análisis porcentual.

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 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 N° 11.**

Cuadro 11: Regiones Sanitarias de la SSJ	
Región Sanitaria	Sede.
I Colotlán.	Colotlán.
II Lagos de Moreno.	Lagos de Moreno.
IV La Barca.	La Barca.
IX Ameca.	Ameca.
X Hidalgo Zapopan. XI Libertad Tonalá. XII Reforma Tlaquepaque. XIII Juárez Tlajomulco.	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 las ellas, es de hacer notar que en todos los casos fueron de este género en Lagos de Moreno y el sexo femenino acudió con mayor frecuencia en Colotlán con el 30% de los casos. **(Ver gráfico N° 15)**

Gráfico 15: Distribución porcentual de pacientes tratados por farmacodependencia por Región Sanitaria



Fuente: SISVEA 2002

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 Ameca con el 36.4% y Colotlán con el 30% de los casos; en el grupo entre los 20 a 24 años se registró con mayor afluencia en las regiones de Guadalajara y Lagos de Moreno con el 27.9% y 29.4%. En el caso de la Guadalajara y Lagos de Moreno se recibieron pacientes entre los 10 y 14 años. **(Ver cuadro N° 12)**

Cuadro 12: Edad de afluencia a centros de tratamiento por Región Sanitaria					
Grupo de edad	Guadalajara N = 990	Ameca N = 22	La Barca N = 38	Colotlán N = 20	Lagos de Moreno N = 32
< 14 años	2.3	0	0	0	11.8
15 - 19	24.2	36.4	10.5	30	23.6
20 - 24	27.9	18.7	26.4	10	29.4
25 - 29	17.4	9.1	31.6	30	11.8
30 - 34	10.8	9.1	5.3	0	0
35 - 39	9.3	9.1	10.6	10	5.9
40 ó >	8	18.7	15.8	20	17.7

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 44% de los pacientes atendidos se encuentran en el grupo de jóvenes entre los 15 a 19 años de edad, asimismo se observa en Ameca y la Barca como el grupo de edad con mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas. Observándose un problema serio en la población infantil ya que en prácticamente todas las regiones la edad de inicio se aprecia con porcentajes considerables en el grupo entre los 10 y 14 años. Y en el caso de Guadalajara y Lagos de Moreno se registraron algunos casos en menores de 9 años de edad. **(Ver cuadro N° 13)**

Cuadro 13: Edad de inicio en el consumo de drogas por Región Sanitaria					
Grupo de edad	Guadalajara N = 990	Ameca N = 22	La Barca N = 38	Colotlán N = 20	Lagos de Moreno N = 32
9 ó < años	7.1	-	-	-	5.9
10 - 14	37.4	36.4	42.1	60	52.9
15 - 19	44	63.6	42	20	35.3
20 - 24	6.8	-	15.9	-	5.9
25 - 29	2.2	-	-	20	-
30 - 34	1.3	-	-	-	-
35 - >	1.2	-	-	-	-

Las **drogas que se registraron como sustancias de inicio**, encontramos en primer lugar a la marihuana en las siguientes regiones: Guadalajara con el 27.5%, en Ameca con el 72.7%, en Colotlán con el 40%; en segundo lugar encontramos a las bebidas alcohólicas en la Barca con el 42.1% y en Lagos de Moreno con el 29.4%, en tercer sitio se encuentra a la cocaína en Guadalajara con el 20.4%, La Barca registró un 10.5% y en Colotlán con el 10%; por último encontramos al Basuco o Pasta Base de Cocaína como sustancia de inicio en La Barca con el 5.3%. **(Ver cuadro N° 14)**

Cuadro 14: Drogas de inicio por Región Sanitaria					
Droga	Guadalajara 990	Ameca 22	La Barca 38	Colotlán 20	Lagos de Moreno 32
Alcohol	25.9	0	42.1	20	29.4
Marihuana	27.5	72.7	31.6	40	29.4
Inhalantes	9.5	9.1	-	-	17.7
Alucinógenos	0.3	-	-	10	-
Heroína	0.2	-	-	-	-
Opio / morfina	0.4	-	-	-	-
Cocaína	20.4	9.1	10.5	10	-
Tranquilizantes	2.7	-	-	-	-
Barbitúricos	-	-	-	-	-
Anfetaminas	0.2	-	-	-	-
Anticolinérgicos	0	-	-	-	-
Tabaco	9.7	9.1	-	20	3.5
Antidepresivos	0.1	-	-	-	-
Otros psicotrópicos	0.8	-	10.6	-	-
Basuco / pasta base	1.3	-	5.3	-	-
Cristal	0.6	-	-	-	-
Flunitracepam	-	-	-	-	-
Crack	0.4	-	-	-	-
Refractil ofteno	-	-	-	-	-

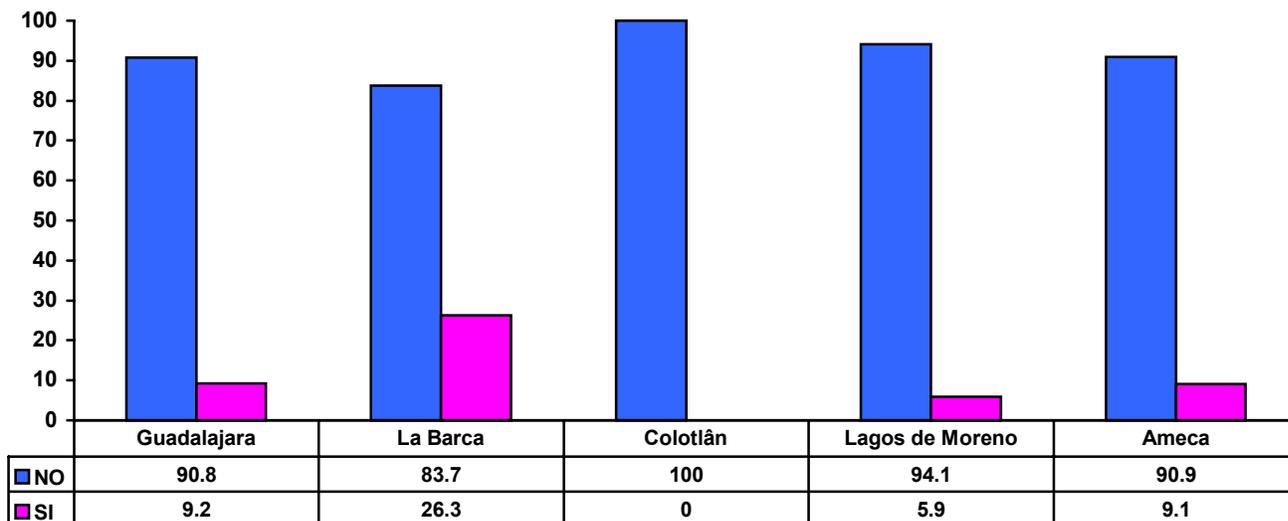
Las **drogas que causan mayor impacto** en Guadalajara son la cocaína con el 45.4%, la pasta base con el 13.2% seguidos por la marihuana y los solventes volátiles. En Ameca se registró a la cocaína con el 54.5% y a la marihuana con el 36.4%, en La Barca también se encontró a la cocaína con el 36.8% y el opio y basuco con el 10.5%. En Colotlán y en La Barca se registró dentro del grupo de otros psicotrópicos cifras importantes, es de hacer hincapié que es necesario conocer de qué tipo de sustancias se tratan o bien son drogas que no se encuentran adecuadamente clasificadas. **(Ver cuadro N° 15)**

Cuadro 15: Drogas que causan mayor impacto por Región Sanitaria					
Droga	Guadalajara 990	Ameca 22	La Barca 38	Colotlán 20	Lagos de Moreno 32
Alcohol	7.8	-	-	-	-
Marihuana	8.8	36.4	5.3	10	17.6
Inhalantes	6.2	-	-	10	-
Alucinógenos	1.8	-	-	-	-
Heroína	2.2	-	-	-	-
Opio / morfina	0.4	-	10.5	-	-
Cocaína	45.4	54.5	36.8	10	5.9
Tranquilizantes	4	-	5.3	-	-
Barbitúricos	-	-	-	-	-
Anfetaminas	0.7	-	-	-	-
Anticolinérgicos	-	-	-	-	-
Tabaco	3.1	-	-	-	-
Antidepresivos	-	-	-	-	-
Otros psicotrópicos	1.3	9.1	31.6	60	76.5
Basuco / pasta base	13.2	-	10.5	10	-
Cristal	3.2	-	-	-	-
Flunitracepam	0.3	-	-	-	-
Crack	1.5	-	-	-	-
Refractil ofteno	-	-	-	-	-

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 Ciudades de Guadalajara, y Ameca con un 9.2% y 9.1% respectivamente, con menor proporción se encuentra el Municipio de Lagos de Moreno con un 5.9%, no se registró ningún caso en Colotlán y en La Barca se registró el nivel más alto con el 26.3%. **(Ver gráfico N° 16)**

Gráfico 16 Distribución porcentual de usuarios de drogas intravenosas por Región Sanitaria



Fuente: SISVEA 2002

CONCLUSIONES

1. El sexo más afectado en todas las regiones es el masculino.
2. La edad de afluencia a los Centros de Tratamiento se encontró a los jóvenes entre los 15 a 19 años en Ameca, Colotlán, Lagos de Moreno y se registraron pacientes atendidos con una edad menor a los 14 años en Lagos de Moreno y Guadalajara.
3. 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 Ameca, La Barca, en Lagos de Moreno y Guadalajara. El grupo entre los 10 y 14 años en Colotlán, Lagos de Moreno y La Barca. Lo que se concluye que las etapas tempranas de la vida son las de mayor riesgo para iniciar el uso y abuso de sustancias adictivas.
4. Las sustancias de preferencia para iniciarse en el consumo de drogas son el Alcohol, la Marihuana y la Cocaína.
5. Las drogas que causan mayor impacto son la cocaína y marihuana.
6. El uso de drogas intravenosas mostró un porcentaje mayor en La Barca con un 26.3%, en Guadalajara y Ameca presentan proporciones similares.

SERVICIO MÉDICO FORENSE



Los datos plasmados en este capítulo representan a los cadáveres que ingresaron al **Servicio Médico Forense** en el periodo comprendido de **enero a diciembre del 2002**, 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.
- Que al momento del fallecimiento del sujeto, haya tenido como edad mínima 5 años.

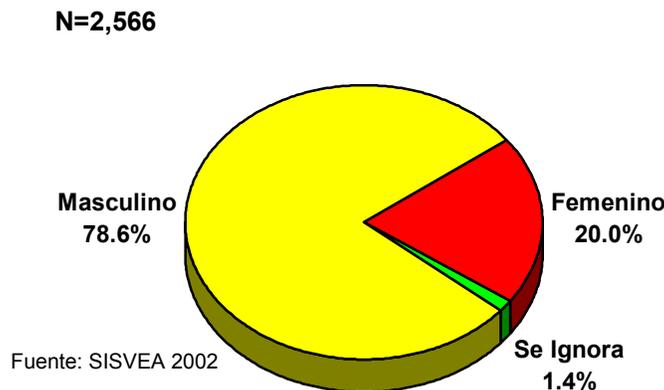
Los datos son obtenidos de los libros de registros de autopsia y de Trabajo Social, los resultados del doping son obtenidos a través del reporte del **Instituto de Ciencias Forenses**, Institución que procesa las muestras de los fluidos corporales obtenidos del cadáver, el cual envía los resultados al SEMEFO de donde se obtuvo la información.

Inicialmente describiremos en forma global las características sociodemográficas de los cadáveres y posteriormente a aquellos individuos que resultaron positivos por alguna sustancia adictiva.

Características Generales.

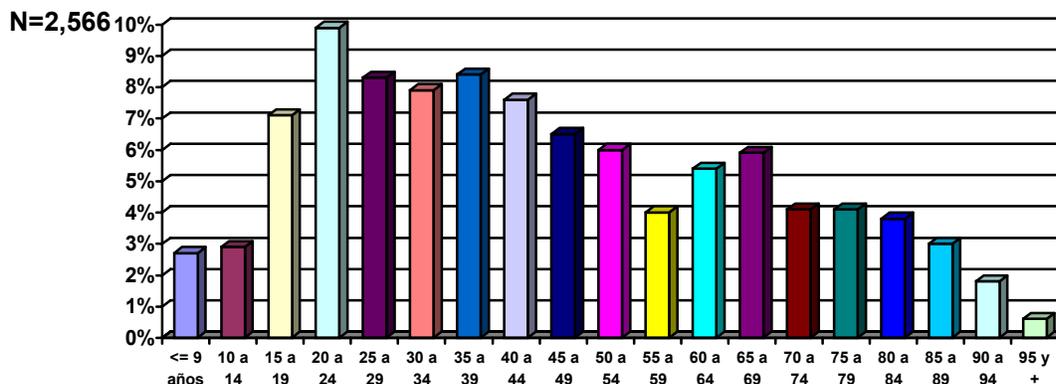
Se captaron a **2,566 casos**, de los cuales 2,016 (78.6%), pertenecen al sexo **masculino**, 512 (20%) al **femenino** y en el 1.4% no obtuvimos el género, catalogados como **restos humanos**. (Ver gráfico N° 17)

Gráfico 17: Distribución por Género



En lo que concierne a la **distribución por grupos de edad**, el mayor índice mortalidad se encuentra con un 9.9% en el grupo de 20 a 24 años y de 35 a 39 años con el 8.4%, seguidos por el grupo de 25 a 29 con el 8.3%, con el 7.9% y 7.6% para los grupos entre 30 a 34 años y 40 a 44 años respectivamente, se observa en el gráfico que la mortalidad disminuye conforme se pasa la quinta década de vida con 2.9% y 2.7% para los que tuvieron entre 10 y 14 años y menores de 9 años respectivamente. (Ver gráfico N° 18)

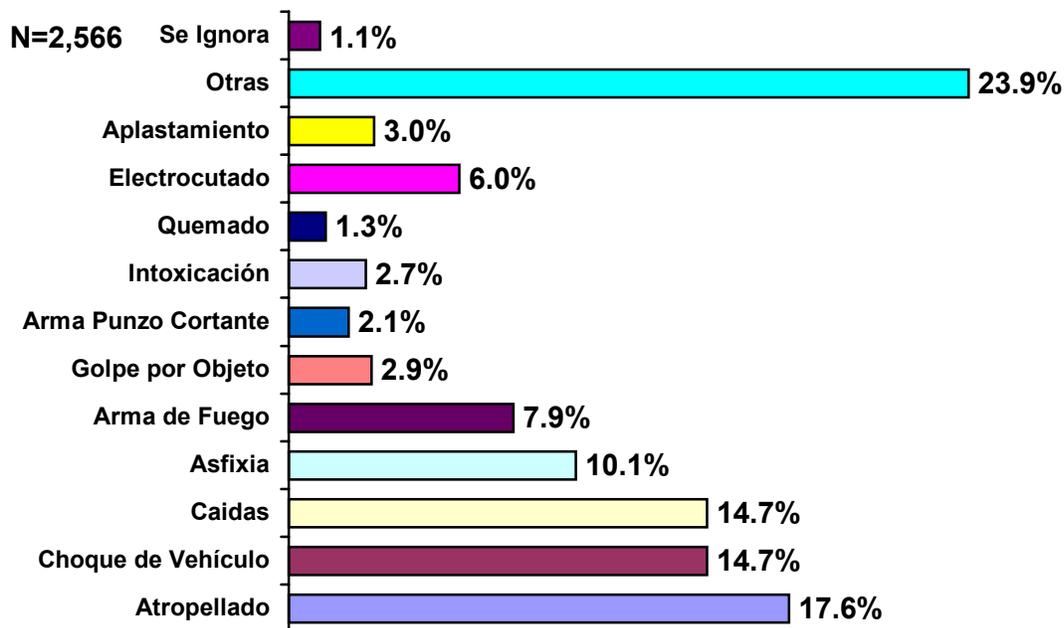
Gráfico 18: Distribución por Grupos de Edad



Fuente: SISVEA 2002

Las causas que con mayor frecuencia provocan la muerte son atropellamientos con el 17.6%, caídas y choques de vehículos de motor con el 14.7% para cada uno de ellos; el 10.1% para las producidas por asfixia, en 202 casos se produjo la muerte por arma de fuego y el 2.7% por intoxicación. (Ver gráfico N° 19)

Gráfico 19: Causa de Muerte



Fuente: SISVEA 2002

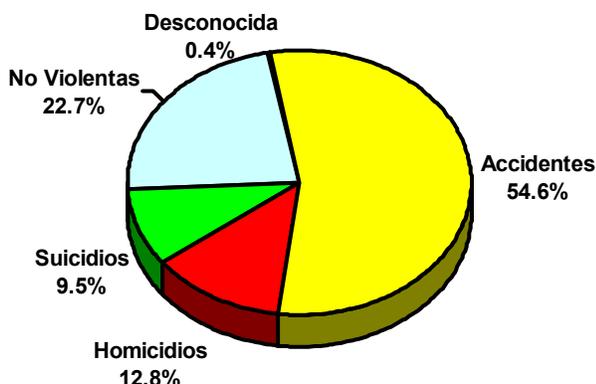
El sitio de mayor riesgo donde ocurren las muertes, es en el hogar con el 46.7%, los sucedidos en las vías de tránsito con el 32.4% y en la Vía Pública el 14.9%; y los menos frecuentes son los lugares de recreo, trabajo y áreas de servicio oscilando entre el 2.3% hasta el 1.8%.

Como observamos en el gráfico número 20 los accidentes son el origen que con mayor frecuencia provocan la muerte, ya que el 54.6% murió de esta forma con 1,401 casos, el 12.8% (329) a consecuencia de un homicidio, 245 casos que corresponde al 9.5% son

suicidas, en 582 sujetos fue muerte no violenta o por enfermedad con el 22.7% y en 9 casos la causa de la muerte fue desconocida.

Gráfico 20: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte

N=2,566



Fuente: SISVEA 2002

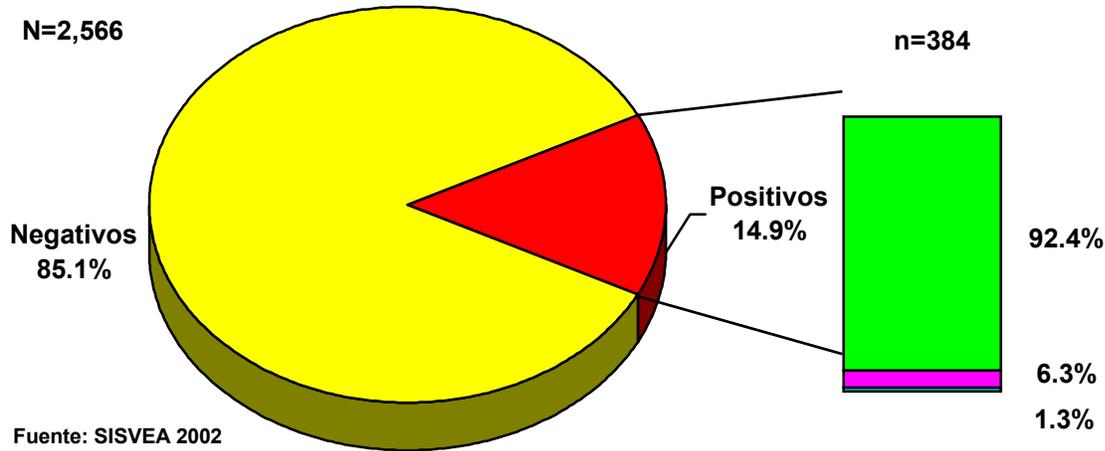
De acuerdo al **tipo de muerte encontramos algunas diferencias entre las causas que la originaron**, para aquellas que ocurrieron por accidente, las causas más comunes son los atropellamientos en el 32.1%, el 26.9% por choques de vehículos de motor y el 25.4% para las caídas y asfixia con el 5.5%. El arma de fuego es el principal medio que provoca los homicidios con 155 casos que corresponde a un 47.1%, el 20.7% con 68 casos se produjeron por golpes con objeto contundente y por arma punzo cortante con 49 casos que representa el 14.9%. La asfixia es la forma más utilizada para provocar el suicidio ya que 148 sujetos lo realizaron por esta vía que corresponde al 60.4%; por arma de fuego con el 16.7% y aparecen las intoxicaciones con el 13.5% con 33 casos. **(Ver cuadro N° 16)**

Cuadro 16: Distribución porcentual de las causas de muerte según tipo					
Causa de Muerte	Accidente N = 1401	Homicidio N= 329	Suicidio N = 245	No Violenta N = 582	Desconocida N = 9
Atropellados.	32.1	0.3	-	-	-
Choque de Vehículo	26.9	0.3	-	-	-
Caídas	25.4	2.7	5.3	-	-
Electrocutados	0.7	-	-	1.0	-
Quemados	1.9	1.5	0.8	-	-
Golpe por Objeto contundente.	0.4	20.7	-	-	-
Asfixia	5.5	9.4	60.4	0.3	-
Aplastamiento	0.6	-	-	-	-
Arma de Fuego	0.1	47.1	16.7	0.7	-
Arma Punzo cortante	0.1	14.9	0.4	0.7	-
Intoxicaciones	2.3	0.6	13.5	0.2	-
Otros	3.5	0.3	0.4	96.4	-
Se Ignora	0.5	2.1	2.4	0.7	100
Total	100	100	100	100	100

Muertes asociadas a sustancias adictivas:

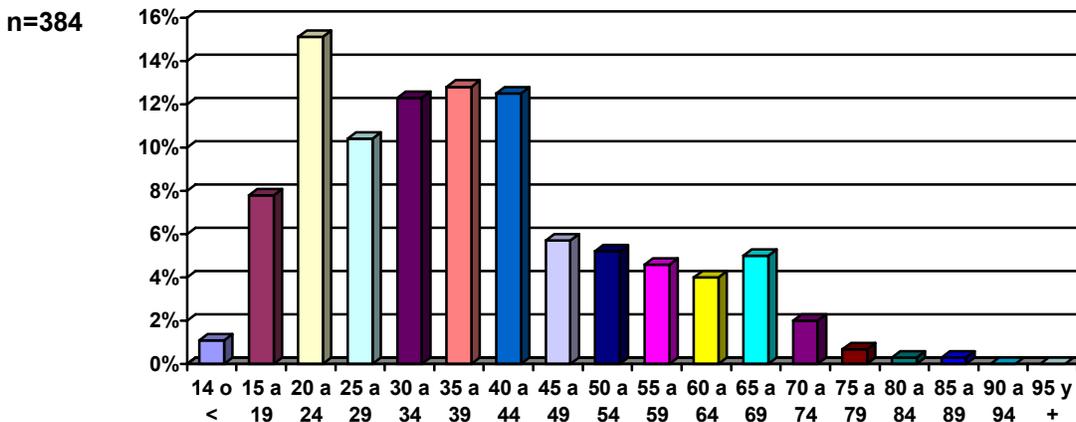
De los 2,566 cadáveres registrados por este Sistema, en 384 sujetos, sus muestras de fluidos corporales resultaron positivas a alguna **sustancia adictiva**, lo que representa un 15%. Con relación a la distribución por género, 355 casos pertenecen al sexo **masculino** con el 92.4%, el 6.3% al **femenino** y el 1.3% no fue determinado el sexo ya que eran restos humanos. (Ver gráfico N° 21)

Gráfico 21: Cadáveres Positivos a Sustancias Adictivas y Distribución por Género



De los sujetos que resultaron positivos a sustancias adictivas **el grupo de edad** más afectado se encuentra entre los jóvenes de 20 a 24 años con el 15.1%; seguido por el de 35 a 39 años y de 40 a 44 años con el 12.8% y 12.5% respectivamente, el 12.3% se encontró entre los 30 a 34 años y es de observar que en el 1.1% tenía menos de 14 años de edad. (Ver gráfico N° 22)

Gráfico 22: Distribución por Grupos de Edad

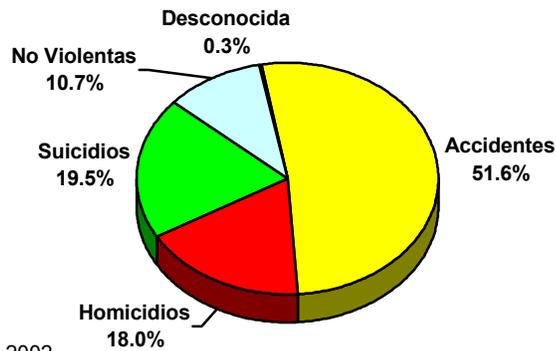


Fuente: SISVEA 2002

Los accidentes se encuentran mayormente relacionados a las muertes bajo el influjo de alguna sustancia adictiva, ya que se registraron 198 defunciones por esta causa, representando un 51.6%, los homicidios se presentó en el 18%, los suicidios en el 19.5% y las muertes no violentas con el 10.6% (Ver gráfico N° 23)

Gráfico 23: Distribución Porcentual por Tipo de Muerte

n=383



Fuente: SISVEA 2002

De las muertes producidas por accidentes asociadas a sustancias adictivas, se encontraron como las de mayor incidencia, son los atropellamientos con el 40.4%, los choques de vehículo de motor con el 35.4%; las caídas con el 9.6%, el 7.6% por asfixia. Las producidas por homicidio, el 42% fue provocado por arma de fuego y por arma punzo cortante con el 26.1% y por ser golpeado con objeto contundente se presentó en el 20.3%. El 65.3% utilizó la asfixia para lograr el suicidio, seguido con el 14.7% a los que utilizaron arma de fuego y por intoxicación o envenenamiento en el 14.3% de los sujetos. (Ver cuadro N° 17)

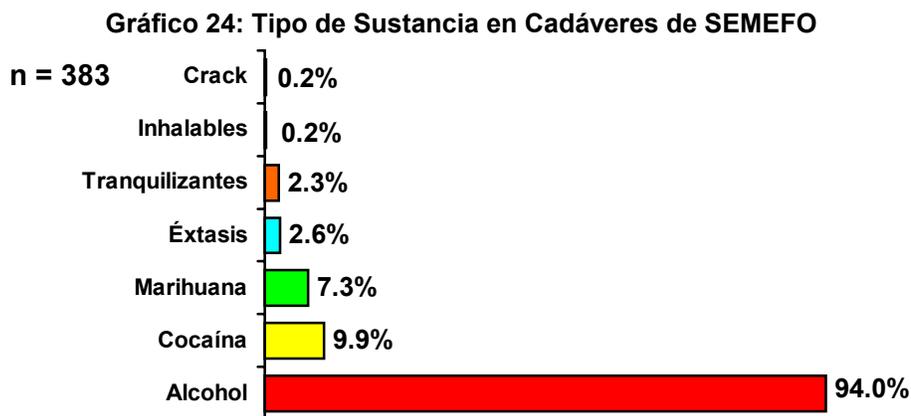
Cuadro 17: Distribución porcentual del tipo de muerte asociada a sustancias adictivas según causa de deceso				
Causa de Muerte N=383	Accidente N = 198	Homicidio N = 69	Suicidio. N = 75	No Violenta. N = 41
Atropellamientos	40.4	-	-	-
Choque de Vehículo de Motor	35.4	-	-	-
Caída	9.6	4.3	2.7	-
Electrocutado	2.9	-	-	-
Quemado	-	1.4	1.3	-
Golpe por objeto contundente	0.5	20.3	-	-
Asfixia	7.6	4.3	65.3	-
Arma de Fuego	-	42	14.7	-
Arma punzo cortante	0.5	26.1	-	-
Intoxicado	2.5	-	13.3	-
Otros	3	-	-	100
Total	100	100	100	100

Las vías de tránsito es el sitio donde ocurre la muerte con mayor frecuencia en este tipo de población con el 38.6%; En segundo lugar encontramos las producidas en el hogar con el 37.9%; en la vía pública ocurrió el 19.6% de los fallecimientos y en los lugares de recreo y

esparcimiento con el 2.6% y con menos del 0.5% de incidencia en los lugares de trabajo (**Ver cuadro N° 18**).

Cuadro 18: Lugares donde ocurrió la muerte de cadáveres positivos a sustancias según el tipo de muerte					
Lugar de la Muerte	Global N = 383	Accidente N = 198	Homicidios N = 69	Suicidio N = 75	No Violenta N = 41
Transito	38.6%	74.7%			
Hogar	37.9%	16.7%	5.8%	97.3%	85.4%
Vía Pública	19.6%	1.0%	94.2%	2.7%	14.6%
Áreas de recreo.	2.6%	5.1%			
Áreas de trabajo	0.5%	1.0%			
Otros	0.3%	0.5%			
Se ignora	0.5%	1.0%			
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Las **sustancias adictivas que detectó el Instituto de Ciencias Forenses** en los fluidos corporales de los cadáveres estudiados, encontramos en 360 muestras positivas al alcohol que representa el 94% de los sujetos, en segundo lugar a la Cocaína en 38 muestras con el 9.9%, positivos a marihuana en 28 casos con el 7.3%, en el 2.3% se detectaron tranquilizantes, los hidrocarburos resultó positivo en un sujeto correspondiendo al 0.2% Las aminas simpático - miméticas como lo es el éxtasis, en 10 sujetos con el 2.6% y por último el crack en un sujeto con el 0.2%. (**Ver gráfico N° 24**)



Fuente: SISVEA 2002

Como podemos observar en el cuadro número 19 que describe las causas de muerte asociadas a las diferentes sustancias adictivas; en los cadáveres con **Alcoholemia positiva** el 21.4% falleció al ser atropellado, el 19.2% por choque de vehículo de motor, por asfixia en el 18.1% de los casos, el 9.2% por arma de fuego, el 6.4% murió al sufrir una caída.

Para los positivos a **Marihuana** encontramos que el 25% falleció por asfixia, seguidos por el 17.9% y el 10.7% por arma de fuego y arma punzo cortante respectivamente, al igual que los que fueron atropellados y con el 3.6% fue golpeado con algún objeto de tipo contundente, con la misma proporción porcentual se registró a las causadas al electrocutarse o sufrir una caída, para cada uno de ellos.

Los asociados a la **Cocaína**, el 26.3% por arma de fuego, el 21.1% murió por asfixia, por atropellamiento el 18.4%, el 7.9% por chocar su vehículo y ser agredidos por un arma punzo cortante para.

El **éxtasis** una droga que está incrementándose su consumo en los últimos años, así mismo se detectó en cadáveres de los cuales el 20% falleció por lesiones provocadas al producirse un choque de vehículo y por asfixia, el 10% al ser atropellados, por caídas, por golpes por objeto contundente y por proyectil de arma de fuego. Cabe hacer mención que se registró un caso positivo al **crack** el cual perdió la vida por sobredosis de éste.

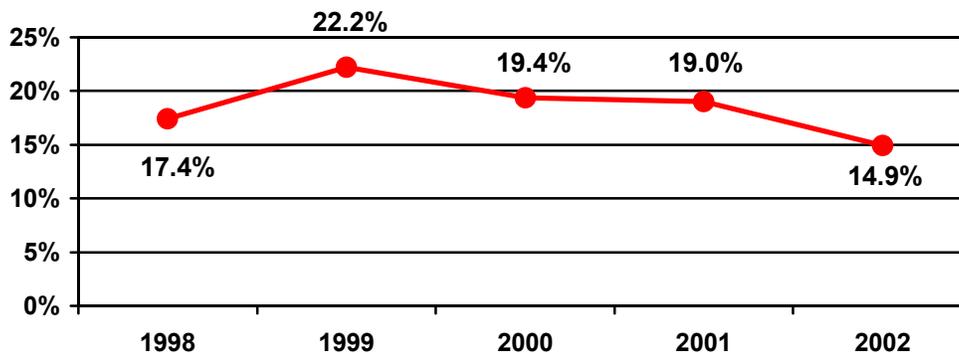
Cuadro 19: Distribución porcentual de causa de muerte según tipo de sustancia adictiva							
N= 383 Causa de Muerte	Alcohol N= 360	Tranq N= 9	Marih. N= 28	Inhal. N= 1	Cocaína N= 38	Éxtasis N=10	Crack N=1
Atropellados	21.4	22.2	10.7	100	18.4	10	-
Choque de Vehículo	19.2	11.1	7.1	-	7.9	20	-
Caída	6.4	22.2	3.6	-	2.6	10	-
Electrocutado	0.3	-	3.6	-	2.6	-	-
Quemado	0.6	-	-	-	-	-	-
Golpe por Objeto	3.9	-	3.6	-	2.6	10	-
Asfixia	18.1	22.2	25	-	21.1	20	-
Arma de Fuego	9.2	-	17.9	-	26.3	10	-
Arma Punzo Cortante	5.3	-	10.7	-	7.9	-	-
Intoxicado	3.1	11.1	3.6	-	5.3	-	100
Otros	11.9	11.1	14.3	-	5.3	20	-
Se Ignora	0.8	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100

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

Tendencias de sustancias adictivas en cadáveres del servicio médico forense.

El registro de los cadáveres durante los últimos 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 2002, las cuales muestran decremento a partir del año 1999 del 22.2% al 2002 con el 14.9%. (Ver gráfico N° 25)

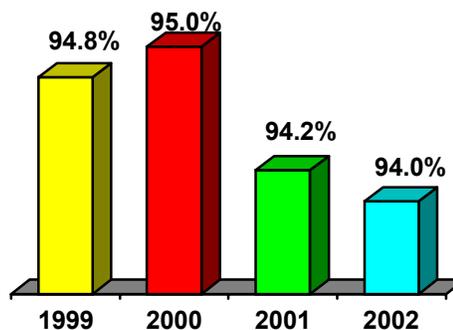
Gráfico 25: Tendencia de Presencia de Drogas en Cadáveres 1998-2002



Fuente: SISVEA 2002

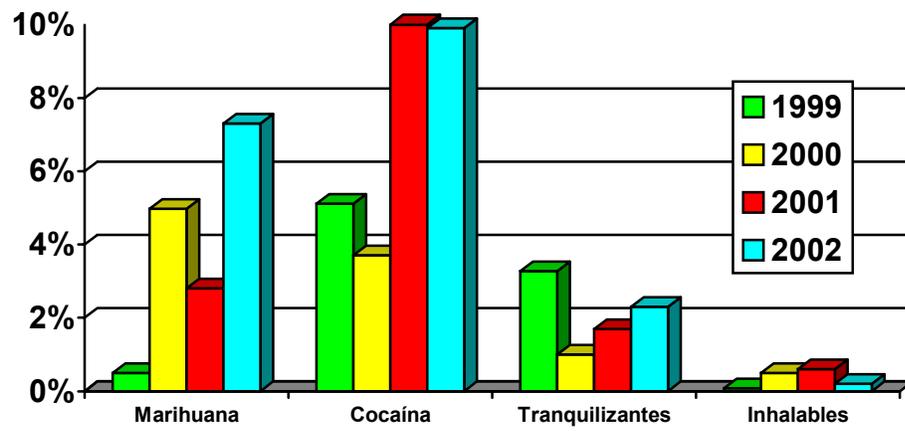
Las **tendencias mostradas por cada tipo de droga** observamos que el alcohol, se mantiene estable encontrando durante los años 1999 al 2002 entre el 94.8% al 94%, cabe señalar que en el año 1998 solo se procesaba alcoholemia y por esta razón aparece como el 100% de los casos. La **marihuana** presentó 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 N° 26 y 27)

Gráfico 26: Cadáveres con Alcoholemia Positiva



Fuente: SISVEA 2002

Gráfico 27: Cadáveres Positivos a Drogas



Fuente: SISVEA 2002

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.
2. El 15% de los cadáveres registrados en el Servicio Médico Forense, resultaron positivos a alguna sustancia adictiva.
3. El grupo de edad donde ocurren más frecuentemente las muertes asociadas a sustancias adictivas se presenta en la población joven entre los 20 a 24 años de edad.
4. Los accidentes es el principal tipo de muerte tanto en la mortalidad global como en los asociados a sustancias adictivas.
5. El alcohol es el principal tóxico asociado a la mortalidad en pacientes positivos a sustancias adictivas con el 94%.
6. La tendencia de que se presente el alcohol en los fluidos corporales de los cadáveres es hacia la baja en los últimos 4 años.
7. La cocaína tiene un incremento del 5.11% en 1999 hasta el 9.9% en el 2002 en los cadáveres positivos a drogas.
8. Las tendencias de cadáveres positivos a sustancias adictivas se orientan a disminuir en los últimos 4 años.

MENORES INFRACTORES



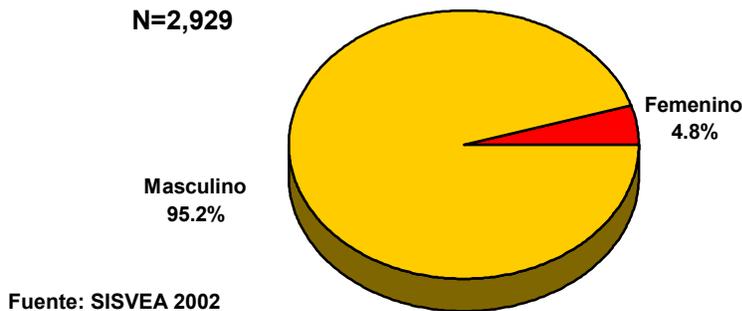
En este indicador se registran a todos los menores que por diversas razones cometen algún tipo de Infracción y son remitidos al **Centro de Observación de Menores Infractores (COMI) de la Ciudad de Guadalajara**.

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.

Se incluyeron a 2,929 sujetos, quienes ingresaron a esta Institución durante el período comprendido entre Enero y Diciembre del año 2002, con las siguientes características sociodemográficas:

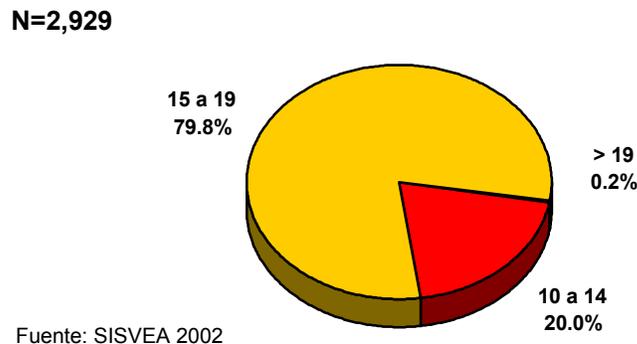
En cuanto a la **distribución por género** el 95.2% pertenece al masculino y el 4.8% son del femenino. **(Ver gráfico N° 28)**

Gráfico 28: Distribución por Género



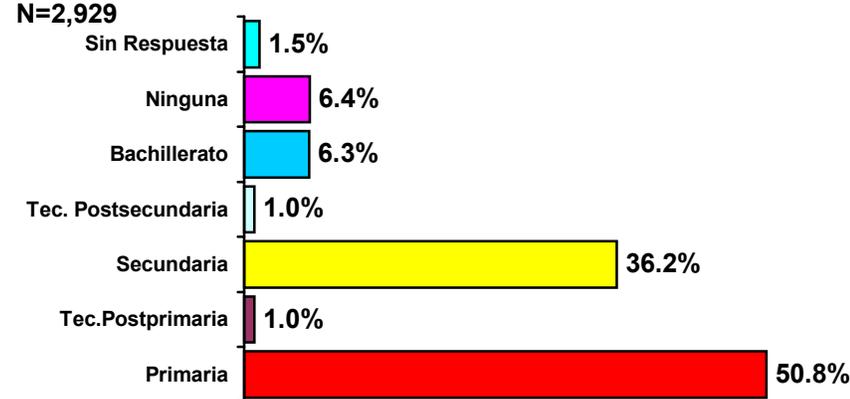
La **distribución por grupos de edad** de los menores de este Centro de Observación tenemos que la gran mayoría se encuentra entre los 15 a 18 años, puesto que este grupo de edad obtuvo el 79.8%, de los 10 a 14 años el 20% y el 0.2% tuvieron más de 19 años de edad. **(Ver gráfico N° 29)**.

Gráfico 29: Distribución por Grupos de Edad



Con relación al **nivel de escolaridad de los menores**, encontramos al mayor grupo en aquellos que han cursado la educación primaria en el 50.8%, el 36.2% refiere haber cursado la secundaria y el 6.3% el bachillerato; es de hacer notar que el 6.4% de esta población no ha tenido la oportunidad de asistir a un plantel escolar. **(Ver gráfico N° 30).**

Gráfico 30: Escolaridad

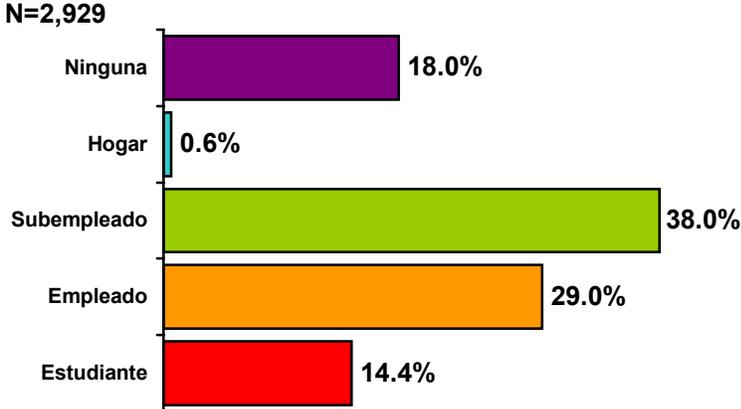


Fuente: SISVEA 2002

Con relación al **estado civil de estos menores**, tenemos que el 94.7% son solteros, en unión libre se encuentra el 4.4%, separados y casados con el 0.2% y 0.5% respectivamente.

Con respecto a la **actividad laboral** que estos menores desarrollan, encontramos al subempleo, como limpiar vidrios, realizar algún servicio, etc. como la principal forma de subsistir puesto que el 38% consigue dinero de esta manera, al empleo formal se dedica el 29%, el 18% refiere no desempeñar actividad alguna, el 14.4% manifiestan ser estudiantes y el 0.6% se dedica a las actividades domésticas. **(Ver gráfico N° 31)**

Gráfico 31: Actividad Laboral

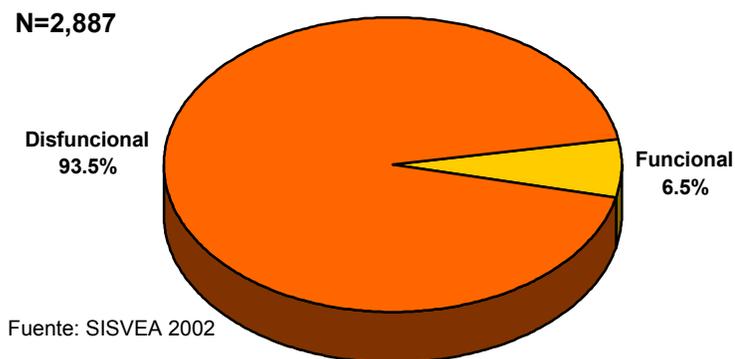


Fuente: SISVEA 2002

Al evaluar el **nivel socioeconómico** del menor y sus familias, la gran mayoría pertenece a una clase social económicamente desprotegida, registrándose el 97.7% como bajo, con el 0.7% son considerados como medio bajo, el 0.4% pertenecen al estrato socioeconómico medio y sólo el 0.9% es alto.

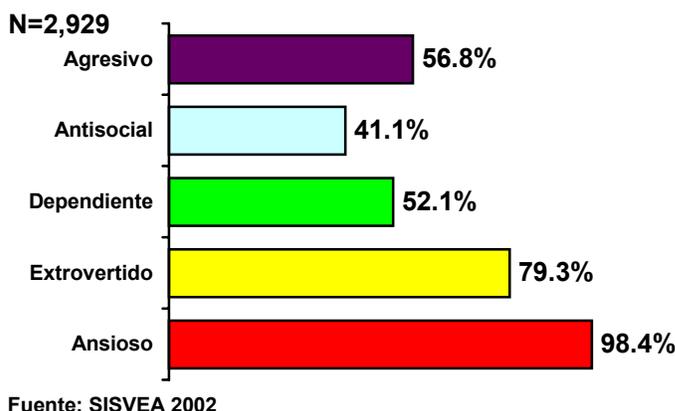
La familia en su composición así como en el cumplimiento de sus roles, juega un papel importante en la generación de menores sanos o de lo contrario con conductas de tipo antisocial, donde se observa una mayor incidencia en la comisión de infracciones. En este grupo encontramos que el 93.5% pertenece a una familia de tipo disfuncional. En cuanto a su composición el 62.7% de las familias se catalogó como extensa, el 37.3% es integrante de una familia nuclear y sólo el 6.5% provienen de una funcional. **(Ver gráfico N° 32).**

Gráfico 32: 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 98.4% se muestra como ansioso, el 79.3% son considerados como extrovertidos, el 52.1% son dependientes y el 41.1% tienen una conducta de tipo antisocial, mostrando agresividad en el 56.8%. **(Ver gráfico N° 33).**

Gráfico 33: Características de Personalidad



El 26.4% de los menores presenta algún tatuaje y el 18.6% refiere pertenecer a una banda, 64.1% hace referencia que es su primer ingreso a la Institución, el 17.4% es de segundo ingreso y el 10.4% refiere 4 veces o más ingresos.

Como podemos observar en el cuadro número 1, el **tipo de infracción** que con mayor frecuencia cometen, es el robo con un 48.8%, seguido por los delitos contra la salud que corresponde el 21.2% y el 7.5% por portar algún arma prohibida, el 5.7% fue detenido por consumir drogas, el 4% provocó daños en propiedad ajena y el 3.7% por provocar lesiones. **(Ver cuadro N° 20)**

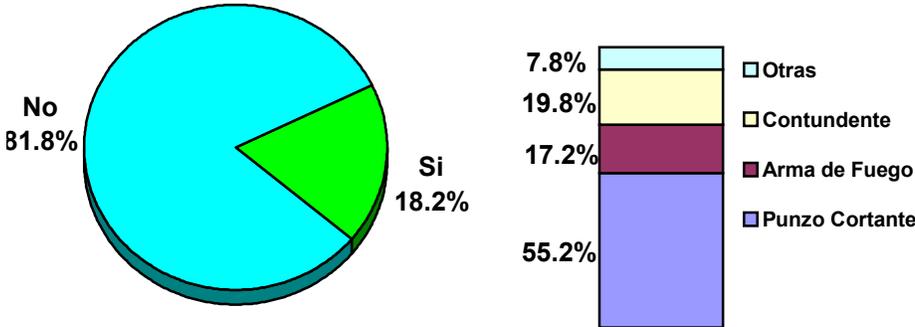
Cuadro 20: Tipo de infracción cometida por menores infractores		
Infracción	Número	Porcentaje
Robo	1352	48.8
Delitos contra la salud	588	21.2
Portar algún arma.	209	7.5
Consumo de drogas	157	5.7
Daños en propiedad ajena.	110	4.0
Lesiones.	103	3.7
Violación.	47	1.7
Homicidio.	16	0.6
Secuestro.	2	0.1
Otros	189	6.8

Los lugares donde se presenta la mayor incidencia para que los menores cometan las infracciones son en la vía pública en un 73.1% de los casos, otro sitio de alto riesgo es el hogar o en casa habitación con el 8.8% y en tercer lugar es el área laboral con sólo el 2%, registrándose como los de menor incidencia los lugares de diversión, la escuela y el aeropuerto.

Es de reflexionar que el 18.2% de los menores que ingresaron cometieron la infracción utilizando algún tipo de arma. Con relación a las armas utilizadas el 55.2% usó una de tipo punzo-cortante, el 17.2% arma de fuego y el 19.8% con objeto contundente. Dentro del grupo de otras, se encuentran las de tipo bombas molotov. (Ver gráfico N° 34)

Gráfico 34: Uso de Arma y Tipo para Cometer la Infracción

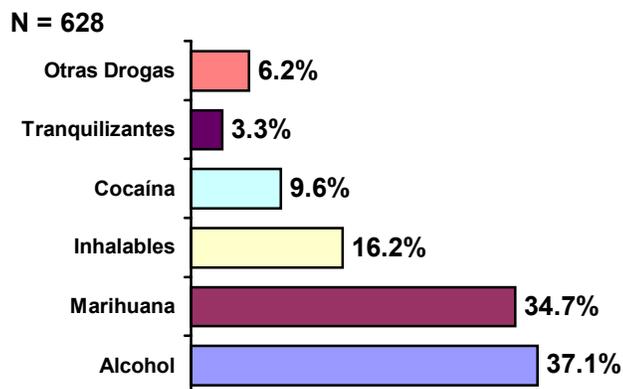
N=2,929



Fuente: SISVEA 2002

De los 2,929 sujetos, 628 cometieron la **infracción bajo el influjo de sustancias adictivas**, lo que representa el 21.5%. Y las drogas relacionadas con la comisión del delito, encontramos como principales al alcohol en el 37.1% de los casos, el 34.7% intoxicado con marihuana, el 16.2% con inhalables y el 9.6% con cocaína. (Ver gráfico N° 35)

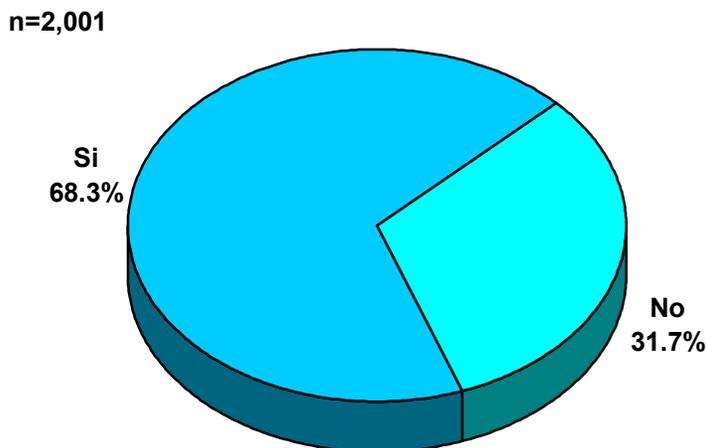
Gráfico 35: Sustancias Asociadas a la Comisión del Delito



Fuente: SISVEA 2002

De los 2,929 menores infractores en 2,001 casos, lo que representa un 68.3%, fueron diagnosticados como **usuarios habituales de sustancias que causan adicción**. (Ver gráfico N° 36).

Gráfico 36: Menores Usuarios Habituales de Drogas

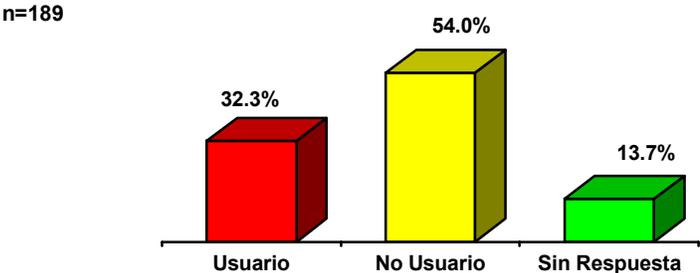


Las sustancias consumidas con mayor frecuencia son la marihuana en el 56% y en segundo lugar encontramos a la cocaína con el 42.1%, en tercero a los inhalables con el 28.8%, los tranquilizantes en un 10.6%, el tabaco con el 3.6% y al alcohol con el 2.9% y prácticamente no tenemos problema con el consumo de barbitúricos y derivados de opio. El resto de otras sustancias consumidas se esquematizan en el siguiente cuadro. (Ver cuadro N° 21)

Cuadro 21: Tipo de droga consumida por menores usuarios habituales		
Tipo de droga	Número	Porcentaje
Alcohol	86	2.9
Marihuana	1,640	56.0
Inhalables	843	28.8
Alucinógenos	7	0.2
Heroína	3	0.1
Opio o Morfina	0	0.0
Cocaína	1,234	42.1
Tranquilizantes	311	10.6
Barbitúricos	-	-
Anfetaminas	1	-
Crack	9	0.3
Tabaco	104	3.6
Psicotrópicos	-	-
Basuco o pasta base	87	3.0
Cristal	15	0.5
Otras Drogas.	202	6.9

Al comparar a los menores usuarios habituales de sustancias adictivas contra aquellos que no las usan de esta forma, encontramos algunas diferencias entre el **tipo de familia** tanto en su composición como en la actitud, como se observa en el **gráfico número 37**, 189 menores pertenecen a una **familia catalogada funcional** y de ellos el 32.3% refiere ser usuario habitual de drogas, en comparación al 54% no son usuarios de sustancias adictivas.

Gráfico 37: Familia Funcional

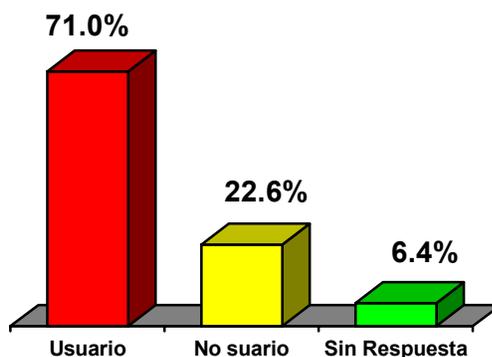


Fuente: SISVEA 2002

2,648 menores pertenecen a una **familia disfuncional**, de los cuales el 71% de ellos son usuarios de sustancias adictivas en contraste, con los no usuarios que sólo se obtuvo un registro del 22.6%. **(Ver gráfico N° 38)**

Gráfico 38: Tipo de Familia Disfuncional

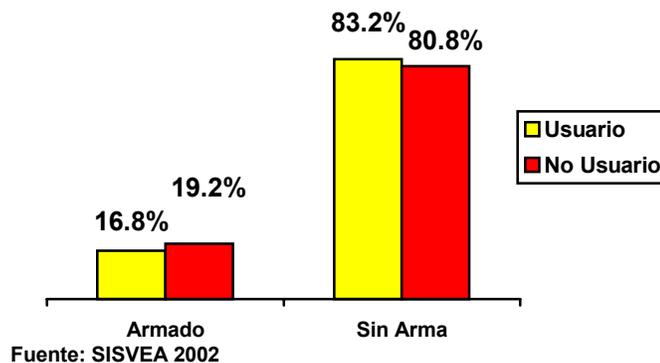
n=2,648



Fuente: SISVEA 2002

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 N° 39)**

Gráfico 39: Uso de Armas

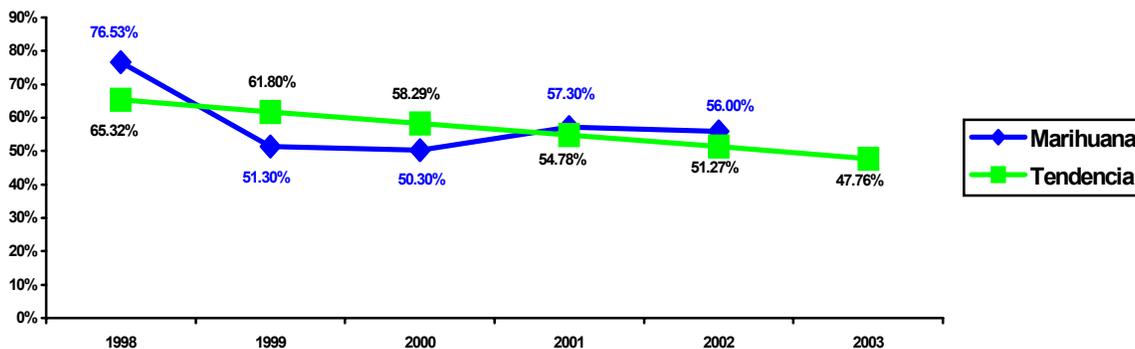


Fuente: SISVEA 2002

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

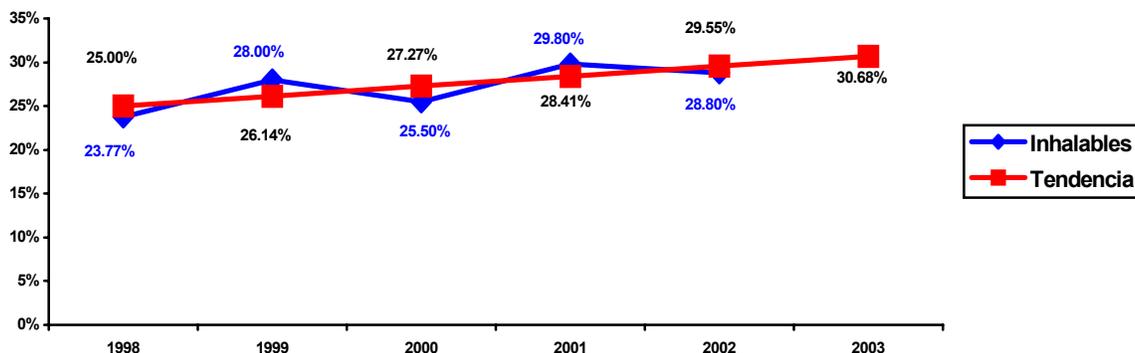
En el consumo de sustancias ilegales por menores infractores se ha observado un decremento en el uso **de marihuana**, pasando por el 76.5% en el año 1998 hasta el 56% en el 2002, asimismo, los **inhalantes** han presentado un incremento discreto pasando del 23.7% hasta el 28.8% en el 2002, la droga que ha mostrado un comportamiento similar a lo que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones es la **cocaína**, pasando del 16.1% en 1998 y en el 2002 con el 42.1%, en el caso del Flunitracepam se observa un incremento importante, mostrando una tendencia creciente. (Ver gráficos N° 40 al 43)

Gráfico 40: Tendencia en el Consumo de Marihuana



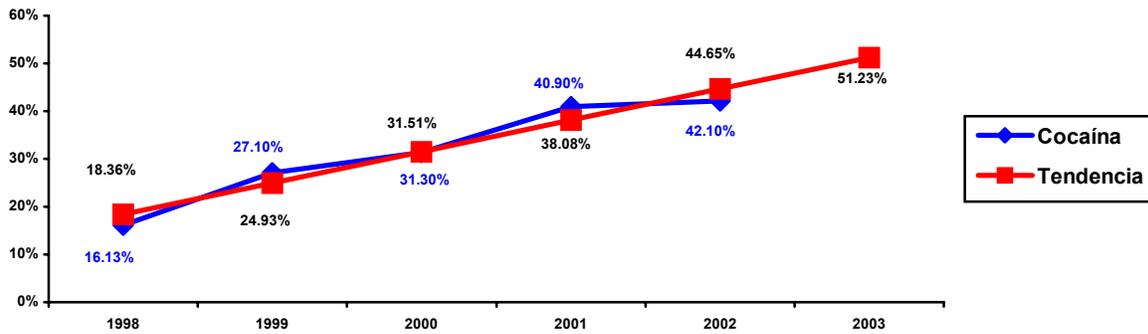
Fuente: SISVEA 2002

Gráfico 41: Tendencia en el Consumo de Inhalables



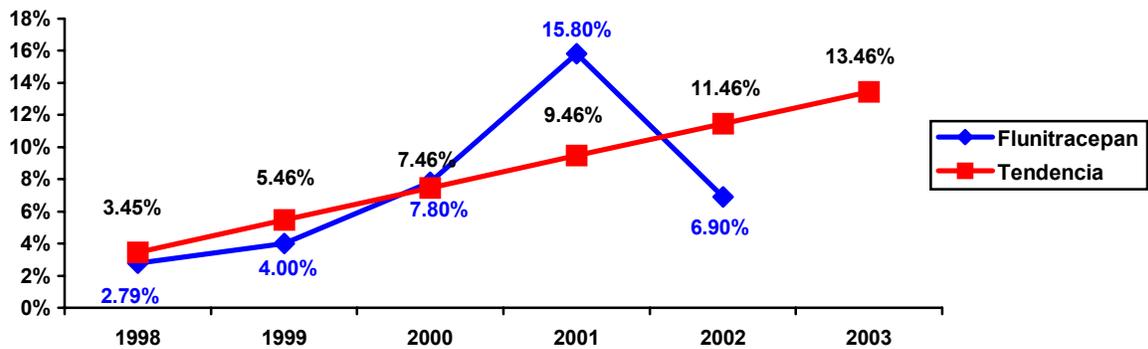
Fuente: SISVEA 2002

Gráfico 42: Tendencia en el Consumo de Cocaína



Fuente: SISVEA 2002

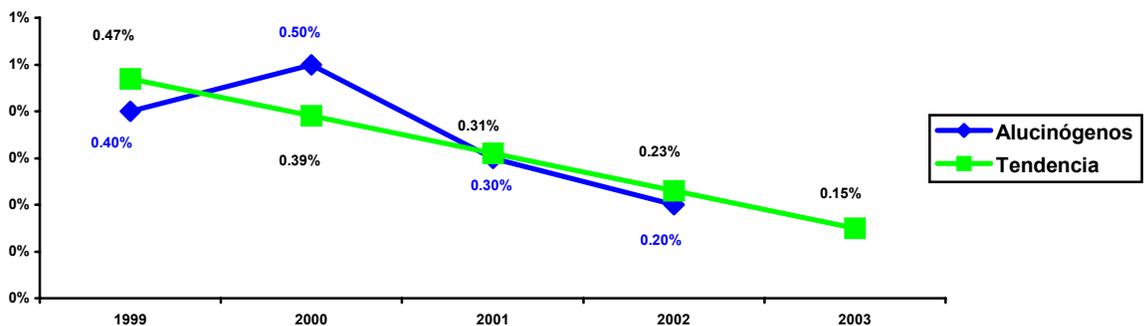
Gráfico 43: Tendencia en el Consumo de Flunitracepan



Fuente: SISVEA 2002

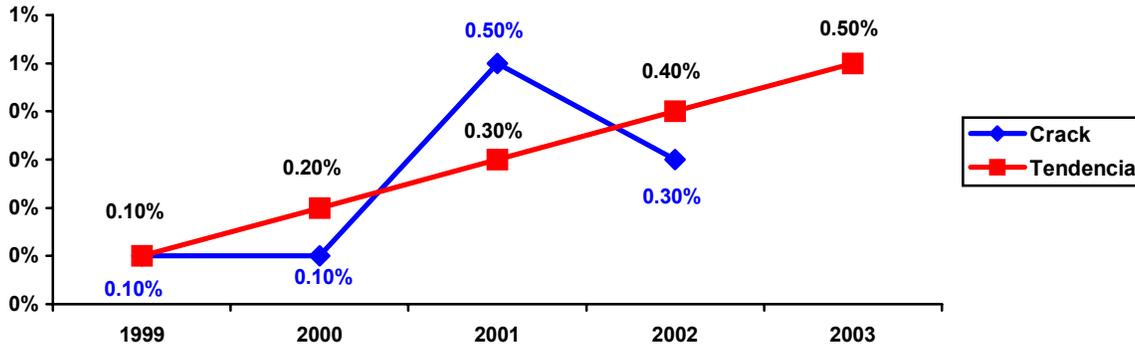
Durante estos últimos 5 años de registró han aparecido el uso de otras drogas en los menores infractores, el caso de la **Heroína, el Crack y el Cristal** se han mantenido con ascensos lineales, y los **alucinógenos** ha disminuido su tendencia pasando del 0.5% en el año 2000 al 0.2% en el 2002 y aparecen drogas como el cristal. (Ver gráficos N° 44 al 47)

Gráfico 44: Tendencia en el Consumo de Alucinógenos



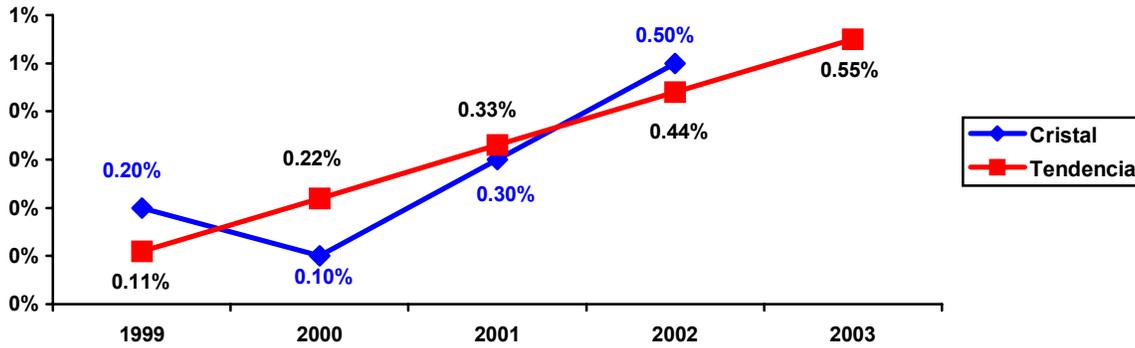
Fuente: SISVEA 2002

Gráfico 45: Tendencia en el Consumo de Crack



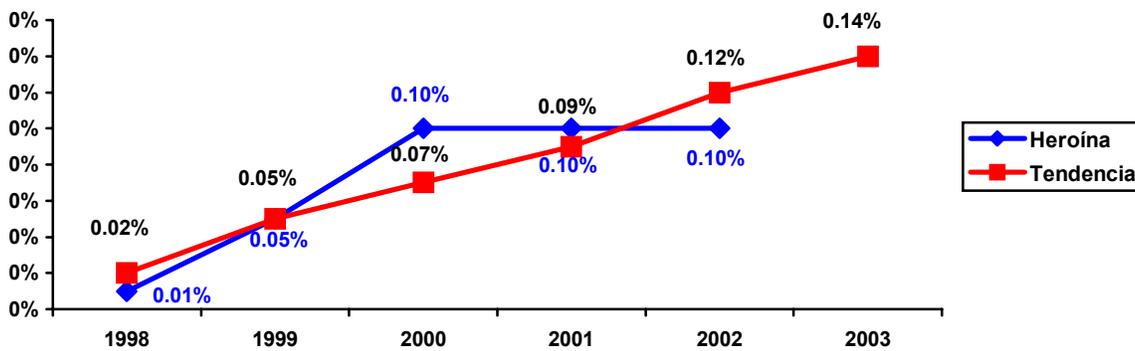
Fuente: SISVEA 2002

Gráfico 46: Tendencia en el Consumo de Cristal



Fuente: SISVEA 2002

Gráfico 47: Tendencia en el Consumo de Heroína



Fuente: SISVEA 2002

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos con el estudio de 2,929 sujetos del Centro de Observación de Menores Infractores (COMI):
- El sexo masculino es el que mayormente ingresa a esta Institución en un 95.2%.
- La edad de mayor riesgo para cometer infracciones se encuentra entre los 15 a 19 años.
- El nivel de instrucción escolar para la mayoría de estos menores es el de primaria con el 50.8%.
- El nivel socioeconómico bajo predomina con el 97.5%.
- El 93.5% proviene de una familia disfuncional y se caracteriza por que los menores tienen rasgos de conducta donde manifiestan ansiedad en el 98.4%
- El tipo de infracción que se comete con mayor índice por los menores infractores, es el robo con el 48.8% y el 73.1% comete la falta en la vía pública.
- El 18.2% 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 21.5% 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.
- 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.
- En la preferencia de consumo a la marihuana la tendencia es hacia la disminución y prácticamente se mantiene sin cambios el consumo de inhalantes en estos últimos 5 años.
- Aparecen el crack y el cristal y heroína con tendencias al incremento durante los en los últimos 4 años.

NIÑOS DE LA CALLE



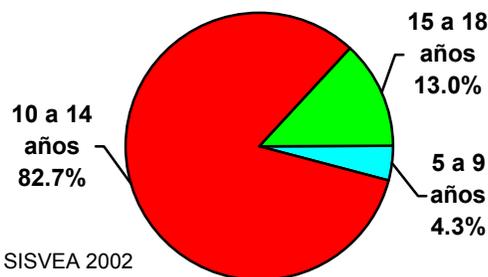
En este indicador estudiamos a **46 niños registrados** en las Instituciones siguientes: **Mairo Don Bosco, la Dirección de Prevención Social de Guadalajara y el Albergue Las Palmas de DIF Guadalajara**, los cuales fueron integrados al presente estudio, a los menores que de acuerdo a su condición social se encuentran viviendo en la calle porque no mantienen ningún contacto su familia fueron catalogados como **niños de la calle** y para aquellos que si lo tienen, pero que por cualquier 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 relativo a la **distribución por sexo** encontramos que el 76.1% pertenecen al sexo masculino y el 23.9% al femenino.

En cuanto a los niños atendidos por las Instituciones antes mencionadas con relación a la **edad**, encontramos por orden de frecuencia al de **mayor afluencia** se encuentra con un 82.7% al de los 10 a 14 años, con un 13% entre los 15 y 18 años de edad y el 4.3% es menor de 9 años. **(Ver gráfico N° 48).**

Gráfico 48: Distribución por Grupos de Edad

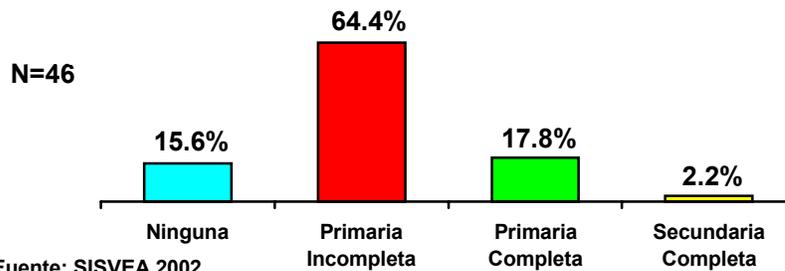
N=46



Fuente: SISVEA 2002

Con relación al **nivel de instrucción educativa** en esta población se registró con una escolaridad baja, ya que encontramos que el 64.4% aún no ha concluido la educación primaria y sólo el 17.8% refiere haberla terminado, el 15.6% no ha tenido la oportunidad de asistir a un plantel escolar y se encuentran en un estado de analfabetismo y el 2.2% refiere haber terminado la secundaria. **(Ver gráfico N° 49).**

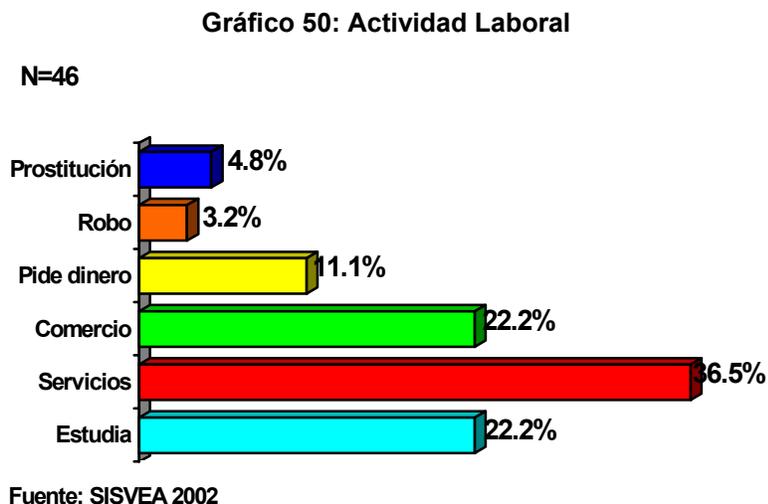
Gráfico 49: Nivel de Educación



Fuente: SISVEA 2002

En referencia al **estado civil** en todos los casos refieren estar solteros, sin embargo el 21.7% refiere ser padre de familia, aunque en ningún caso se refiere que ejerzan la paternidad.

En referencia a **la actividad laboral** que desarrollan con mayor frecuencia estos menores, el 36.5% ofrece algún tipo de servicio, el 22.2% se dedica al comercio de tipo informal, el 22.2% refiere dedicarse al estudio, el 11.1% se dedica a la mendicidad pidiendo dinero y el 3.2% y el 4.8% se dedica al robo y a la prostitución respectivamente. **(Ver gráfico N° 50)**



Los sitios donde desarrollan su actividad laboral se encontró como el área más frecuente a los lugares públicos abiertos con el 58.1%, el 2.3% en trabaja en los cruceros vehiculares y el 39.5% en lugares públicos cerrados.

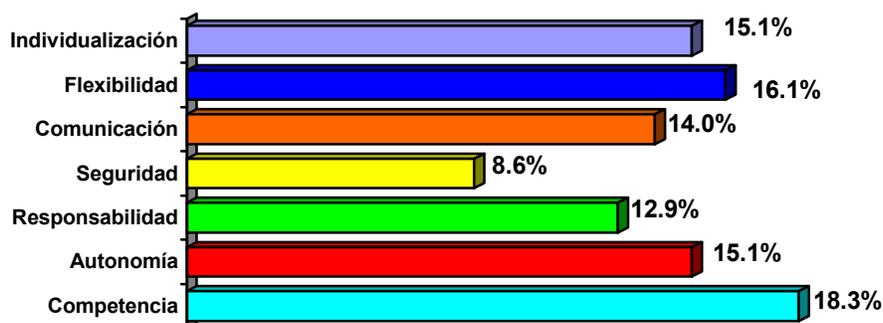
Las actividades que han desarrollado donde se requiere de cierta responsabilidad, el 68.1% refiere que ha sido la actividad remunerada aunque de tipo informal, el 19% refiere que ha sido mientras asistieron al plantel escolar y el 12.8% ha estado al cuidado del algún familiar.

Con relación al **tiempo que tienen de vivir en la calle**, el 50% de los niños refieren que tienen menos de 12 meses, el 34.8% entre 1 a 3 años y el 15.2% refiere tener por lo menos 4 años.

Los rasgos de conducta que presentan estos menores son: de competencia el 18.3%, el 15.1% actúa con autonomía, el 16.1% muestra flexibilidad, el 15.1% individualiza, el 12.9% tiene una actitud de responsabilidad, el 14% ha desarrollado habilidades de comunicación y sólo el 8.6% actúa con seguridad. **(Ver gráfico N° 51)**

Gráfico 51: Rasgos de Conducta

N=46



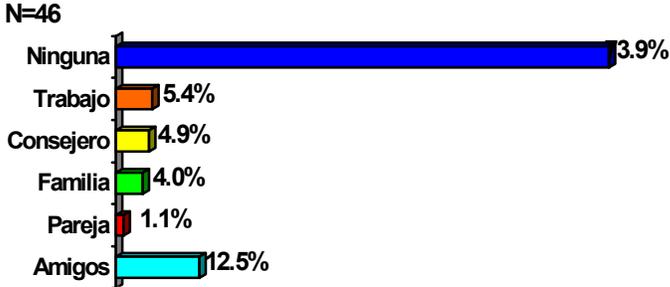
Fuente: SISVEA 2002

Las situaciones que motivan a que los niños prefieran vivir en la calle: el 38.8% refiere que vive fuera de casa para evitar el maltrato físico, el 10.4% por tener en casa un padre sustituto, asimismo para aquellos que buscan liberarse de casa, el 11.9% por pobreza, el 4.5% por tener una madre sustituta o bien por el uso de alguna droga por parte de la madre. (Ver cuadro N° 22)

Cuadro 22: Motivos para vivir en la calle	
Motivo	Porcentaje
Maltrato Físico	38.8
Padre Sustituto	10.4
Madre Sustituta	4.5
Violación	1.5
Abuso Sexual	1.5
Padre usa Drogas	6.0
Madre usa Drogas	4.5
Libertad	10.4
Salir a Estudiar	1.5
Pobreza	11.9
Otros	9.0

Cuando los **niños tienen algún problema** y tienen la necesidad de acercarse a alguna persona para intentar resolverlo, la gran mayoría no tienen ningún tipo de apoyo moral, ya que el 73.9% de los menores no tienen con quien compartirlos, el 12.5% acude con los amigos, sólo el 4% acude con algún familiar. **(Ver gráfico N° 52)**

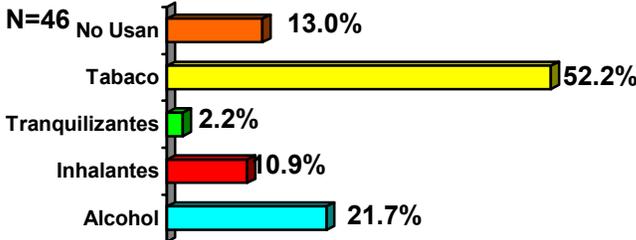
Gráfico 52: ¿A quién Acude Cuando Tiene Problemas?



Fuente: SISVEA 2002

El 87% de los menores refieren haber consumido alguna sustancia adictiva, encontrando como **droga de primer contacto** al tabaco en el 52.2%, seguido por el alcohol con el 21.7%, en el 10.9% se inició con inhalantes y sólo el 2.2% ha usado medicamentos o droga médica con efecto tranquilizante. **(Ver gráfico N° 53)**

Gráfico 53: Droga de Primer Contacto



Fuente: SISVEA 2002

En cuanto al **nivel de consumo** el 39.5% fue diagnosticado como experimentador, el 36.8% fueron catalogados como usuarios funcionales, el 21.6% y el 2.6% tuvieron un nivel de consumo alto, para ser considerados como dependientes y como disfuncionales respectivamente. El 62.2% refiere tener una sensación que para ellos es agradable al drogarse.

Los **motivos por los que los niños utilizan drogas**, es que lo hace por gusto en el 19.4% de los casos, el 35.5% por curiosidad, el 4.8% por imitación de una conducta, así como para evitar el estado de depresión, el 12.9% para mitigar el hambre. **(Ver cuadro N° 23)**

Cuadro 23: Motivos de consumo de sustancias adictivas	
Motivo	Porcentaje
Hambre	12.9
Dolor y Enfermedad	3.2
Automedicación	3.2
Mayor Vigilia	1.6
Imitación	4.8
Curiosidad	35.5
Pertenecer a Grupo	1.6
Depresión	4.8
Soledad	3.2
Aburrimiento	6.5
Desesperación	1.6
Gusto	19.4
Abuso Sexual	1.6

De acuerdo a los anteriores motivos 77.5% consume drogas por problemas de tipo emocional y el 22.5% por algún problema de tipo físico. El 10.3% refiere haber utilizado al menos una vez alguna droga intravenosa; el 35% refiere haber recibido previamente tratamiento para la farmacodependencia. Señalando que en su opinión durante su estancia en los albergues o Instituciones, les ha sido favorable en el 30.4%.

Como podemos observar en el **cuadro N° 24** en este grupo infantil de riesgo, encontramos como **drogas de mayor consumo** a los Inhalantes con el 19.4%, el alcohol en el 17.2%, la marihuana y la cocaína con el 15.1% y 14% respectivamente, el tabaco y el basuco con un 10.8% para cada uno y con una proporción menor al 5% encontramos a los tranquilizantes, heroína y crack.

Cuadro 24: Drogas de mayor consumo	
Tipo de Droga	Porcentaje
Alcohol	17.2
Marihuana	15.1
Inhalantes	19.4
Heroína	2.2
Cocaína	14.0
Tabaco	10.8
Basuco	10.8
Crack	1.1
Tranquilizantes	4.3
Otros	5.4

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados arrojados por este indicador podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- 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 4 varones.
- El grupo de edad más vulnerable para vivir bajo estas circunstancias difíciles, se encuentra entre los 10 y 14 años con el 82.6%.
- La gran mayoría de menores tienen un nivel de instrucción baja, ya que el 64% de los menores no ha concluido su instrucción primaria y el 15.6% no ha asistido a un plantel escolar.
- El 21.7% de los menores refieren ser padres de familia, aunque no tienen la madurez ni la responsabilidad de la paternidad.
- La actividad laboral mayormente realizada para la obtención de recursos económicos es el ofrecimiento de algún tipo de servicio o bien al comercio informal.
- Más del 55% de los menores no tiene ningún contacto con la familia.
- El 50% de los niños refirió que tienen menos de 1 año de vivir en la calle.
- 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 por tener padre sustituto.
- La mayoría de los niños que se encuentran en estas condiciones han consumido drogas.
- Sólo un poco más de la tercera parte ha recibido previamente algún tipo de tratamiento para la farmacodependencia.
- Las sustancias adictivas de primer contacto que predominan son de tipo legal como el tabaco y el alcohol.
- Las drogas de mayor consumo son los inhalantes, el alcohol, la marihuana, cocaína, tabaco, pasta base o basuco y aparecen sustancias como la heroína y el crack.
- La gran mayoría de los niños consumen drogas por curiosidad, por gusto y para disminuir el hambre.

PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS



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

Se aplica este indicador en forma semestral, en un periodo semanal, en el año 2002 este indicador se realizó en 2 ocasiones en la ciudad de Guadalajara, se llevó a cabo durante las semanas, comprendidas **entre 17 al 23 de Junio y del 11 al 18 de Noviembre del año 2002.**

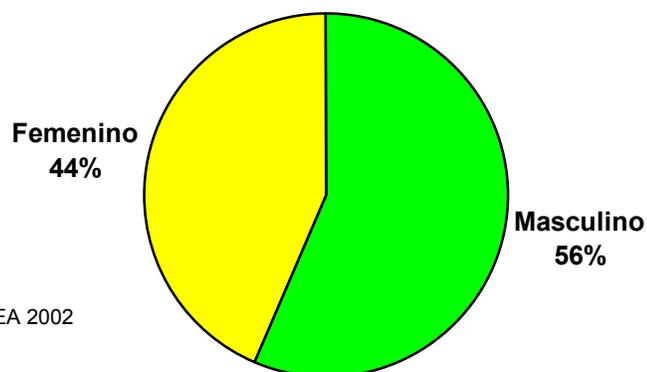
Para acceder a una cobertura en la Zona Metropolitana de Guadalajara en este indicador contamos con la participación de las siguientes Instituciones de Salud:

- Cruz Roja Mexicana Delegación Guadalajara.
- Servicios de Salud de Guadalajara con las Unidades Dr. Delgadillo Araujo, Dr. Leonardo Oliva, Dr. Mario Rivas Souza, Dr. Ruiz Sánchez y Unidad Médica Reforma.
- Servicios de Salud de Tonalá, Tlaquepaque y Zapopan con sus unidades Zapopan Norte, Sur y Villas de Guadalupe.
- Se captaron un total de 697 casos, en los cuales en describiremos las siguientes características generales:

En relación a la **distribución por género** de la población estudiada, el 56.3% con 361 sujetos que pertenecen al sexo masculino y el 43.7% con 280 casos al femenino, el estado civil de los pacientes se encontró como el de mayor predominio a los solteros y casados con el 46.8% y 41.2% respectivamente, en unión libre se registro el 5.1%, el 3.5% refirieron ser viudos y con menos del 2% están los separados o divorciados. **(Ver gráfico N° 54)**

Gráfico 54: Distribución por Género

N=697



Fuente: SISVEA 2002

En cuanto al número de **ingresos** del paciente al servicio de urgencias, el 80.1% refirió haber recibido consulta de primera vez y el 97.4% estaba conciente al momento de su internamiento en la unidad hospitalaria.

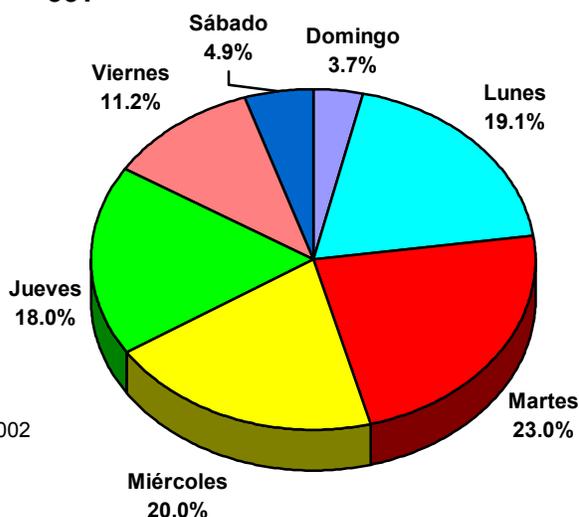
Como se observa en el cuadro número 1 los grupos que presentaron mayor morbilidad son los que se encuentran entre los 40 y más años con el 20.9%, con proporciones muy similares oscilantes entre el 10.6% y el 14.1% para el resto de los grupos de edad, donde no encontramos diferencias significativas, siendo el de menor proporción con el 7% el grupo entre los 35 a 39 años. **(Ver cuadro N° 25).**

Cuadro 25: Distribución porcentual por grupos de edad.		
Grupo de edad	Número	Porcentaje
>9 años	74	10.6
10 - 14	76	10.9
15 - 19	94	13.5
20 - 24	98	14.1
25 - 29	84	12.1
30 - 34	76	10.9
35 - 39	49	7.0
40 - >	146	20.9
Total	697	100

Los **días de la semana en la que ocurre la mayor demanda de los Servicios de Urgencias Médicas**, son los martes y miércoles con el 23% y 20% respectivamente, el lunes se registró un 19.1%, el 18.5% sucedió durante el jueves y la menor incidencia fue durante el sábado y domingo. **(Ver gráfico N° 55).**

Gráfico 55: Demanda de Servicio, por día de la Semana

N = 697

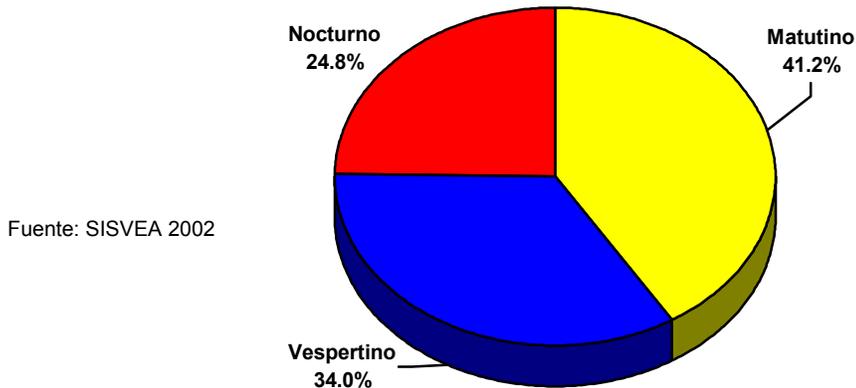


Fuente: SISVEA 2002

Con relación a **los turnos de donde se solicita con mayor frecuencia dichos servicios**, es en el matutino con un 41.2% y con un 34% para el vespertino, el de menor riesgo es en el nocturno con un 24.8%. **(Ver gráfico N° 56)**

Gráfico 56: Demanda de Servicio por Turno

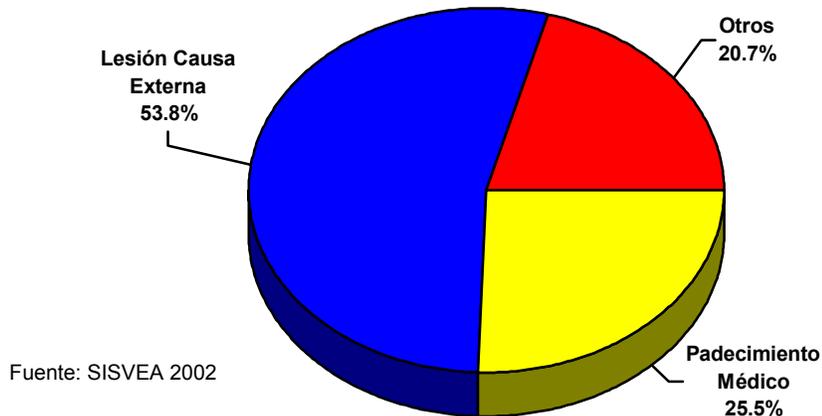
N=627



De los 697 pacientes atendidos, el 25.5% que representan a 178 sujetos presentaron un padecimiento médico como **motivo de ingreso** y en 375 casos (53.8%) se brindó la atención por presentar alguna lesión de causa externa, el 20.7% recibió atención por otros motivos como lo fueron curaciones, retiro de suturas, etc. **(Ver gráfico N° 57)**

Gráfico 57: Motivos de Ingreso

N=697



Encontramos dentro de los **padecimientos médicos** a las enfermedades bronco pulmonares, como la bronquitis, enfisema y asma en un 11.2%, el cáncer de bronquios se presentó en un 0.6%, las afecciones osteomusculares se presentaron en un 10.7%, la cirrosis/gastritis fue la enfermedad que se presentó en un mayor porcentaje con el 19.7%, el 7.3% corresponde a las urgencias quirúrgicas. **(Ver cuadro N° 26).**

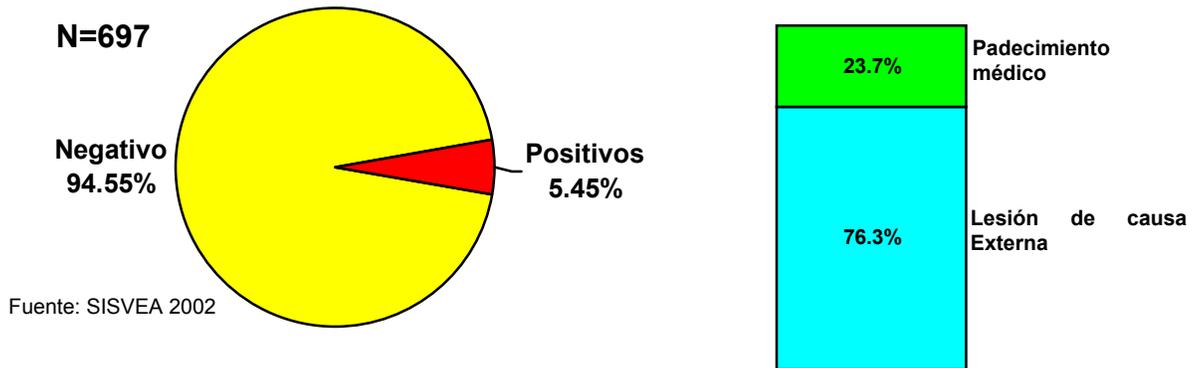
Cuadro 26: Distribución porcentual de ingresos según padecimiento médico		
Tipo de Padecimiento	Número	Porcentaje
Bronquios y Asma.	20	11.2
Cáncer traquea, bronquios o pulmón.	1	0.6
Hipertensión Arterial.	14	7.9
Enfermedad Vasculad Cerebral.	1	0.6
Neurológicas.	8	4.5
Cirrosis/ Gastritis.	35	19.7
Sangrado de Tubo Digestivo.	2	1.1
Urgencias Quirúrgicas.	13	7.3
Psicosis por alcohol o drogas.	4	2.2
Afecciones Ginecobstétricas.	9	5.1
Osteomusculares.	19	10.7
Dermatológicas.	8	4.5
Diabetes Mellitus.	5	2.8
Otras.	39	21.9
Total	178	100.0

Las lesiones producidas por una causa externa que se presentaron con mayor incidencia fueron las de tipo accidental donde predominan las caídas con un 30.1%, seguidas con un 25.9% las provocadas por golpes, y el 10.4% con heridas por objeto punzo-cortante. **(Ver cuadro N° 27)**

Cuadro 27: Distribución porcentual de lesiones de causa externa como motivo de ingreso		
Lesiones de Causa Externa.	Número	Porcentaje
Accidente Automovilístico.	32	8.5
Atropellados	20	5.3
Caída.	113	30.1
Envenenamientos/Intoxicaciones.	7	1.9
Golpes.	97	25.9
Heridos por arma de fuego.	3	0.8
Heridos por arma punzo cortante.	39	10.4
Violación.	1	0.3
Quemaduras.	5	1.3
Otras.	58	15.5
Total.	375	100.0

De los 697 sujetos atendidos en el 5.45% (38 casos) tuvieron relación con el uso y abuso de sustancias adictivas, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 29 casos de los 38 sujetos que presentaron lesión de causa externa corresponde un 76.3% y 9 (23.7%) ingresaron por presentar algún padecimiento médico. **(Ver gráfico N° 58)**

Gráfico 58: Uso de Sustancias



De los 9 sujetos con padecimiento médico relacionados con sustancias adictivas el 55% se asoció al alcohol, el 22.3% a marihuana, los inhalantes y cocaína con el 11.1% para cada uno.

Las **enfermedades asociadas al alcohol**, el 40% presentó alteraciones gastrointestinales como son la cirrosis/gastritis, las urgencias quirúrgicas se presentaron también en el 40% de los sujetos. En el caso de la marihuana se registraron 2 casos, 1 por afección gastrointestinal y con otro tipo de patología para la cocaína 1 caso por psicosis tóxica. **(Ver cuadro N° 28).**

cuadro 28: Padecimientos médicos asociados a sustancias adictivas				
Padecimiento médico	Alcohol	Marihuana	Inhalantes	Cocaína
	N = 5 (55%)	N = 2 (22.3%)	N = 1 (11.1%)	N = 1 (11.1%)
Cirrosis / gastritis	40%	50%		
Urgencias quirúrgicas	40%			
Psicosis alcohólica / drogas				100%
Afección osteomuscular.			100%	
Otras	20%	50%		
Total	100	100	100	100

Las lesiones provocadas por causa externa que ocurrieron bajo el efecto de alguna droga se registraron 29 casos lo que representa el 7.7% de los pacientes atendidos bajo esta condición, de los cuales 14 sujetos (48.3%) estuvieron **relacionados con el alcohol**, el 24.1% ocurrió bajo el efecto de cannabinoides, con 3 casos bajo el influjo de cocaína, asimismo para los tranquilizantes corresponde un 10.3% para cada una de estas.

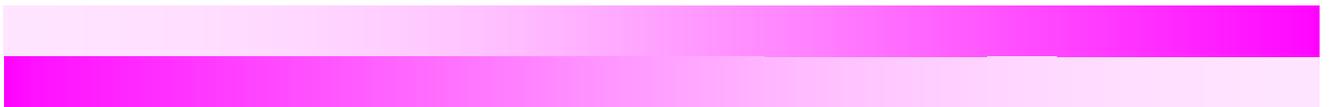
Como se puede observar en el cuadro N° 5 en cuanto a las causas que producen las lesiones relacionadas con diversas sustancias adictivas encontramos al **alcohol** con el 35.8% se produjo por caídas, el 50% de los pacientes que se lesionaron por recibir golpes, las que se asocian con **marihuana** el 57.1% se produjeron por golpes, las provocadas por caídas, las intoxicaciones y las heridas por objeto punzo-cortante con el 14.4% para cada una. Se registró un solo caso asociado a inhalantes y la lesión fue ocasionada por un objeto punzo cortante. **(Ver cuadro N° 29)**

Cuadro 29: Lesiones por causa externa relacionado con sustancias adictivas						
Lesiones por causa externa	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Tranq.	Inhal.	Tabaco
	N = 14 (48.3%)	N = 7 (24.1%)	N = 3 (10.3%)	N = 3 (10.3%)	N = 1 (3.5%)	N = 1 (3.5%)
Caída	35.8	14.4		66.7		
Envenenamiento		14.4				
Golpes	50	57.1	50			
Herida por objeto punzo-cortante		14.1	0	33.3	100	100
Herida por arma de fuego.	7.1					
Accidente automovilístico	7.1		50			
TOTAL	100	100	100	100	100	100

CONCLUSIONES

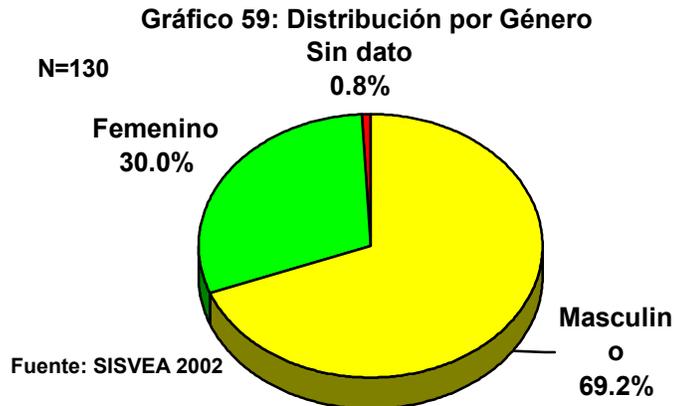
1. La morbilidad en los servicios de Urgencias de acuerdo al sexo, predomina el masculino con el 56.3%.
2. Los días de mayor demanda a los servicios de Urgencias en la Zona Metropolitana de Guadalajara son los martes y miércoles con el 23% y 20% respectivamente.
3. El orden de demanda de servicios de Urgencias predomina en el turno matutino y el menor es el nocturno.
4. Los grupos de edad que más demanda servicios de urgencias médicas se encuentra en el grupo de 40 años y mayores, aunque se encuentra una importante proporción para los grupos de jóvenes entre los 15 a 29 años.
5. Las lesiones de causa externa fue el motivo de demanda de consulta más frecuente en este tipo de Unidades Médicas, siendo las lesiones de primer orden las ocurridas por caídas y los golpes, ambas suman el 56%.
6. El 7.7% de todas las lesiones de causa externa tuvieron relación con sustancias adictivas siendo el alcohol y la marihuana las más frecuentemente asociadas con el 48.3% y el 24.1% de los casos respectivamente.
7. Las lesiones asociadas al alcohol, fueron las de tipo accidental como son las caídas y los golpes.
8. El 5% de los padecimientos de tipo médico fueron relacionados con el uso y abuso de alguna sustancia adictiva, siendo también el alcohol y la marihuana los que se encontraron como más frecuentes con el 55.5% y 22.3% respectivamente.
9. Las entidades nosológicas que se encontraron como motivo de ingreso y asociadas al alcohol son las digestivas como son la cirrosis/gastritis.

SALUD MENTAL



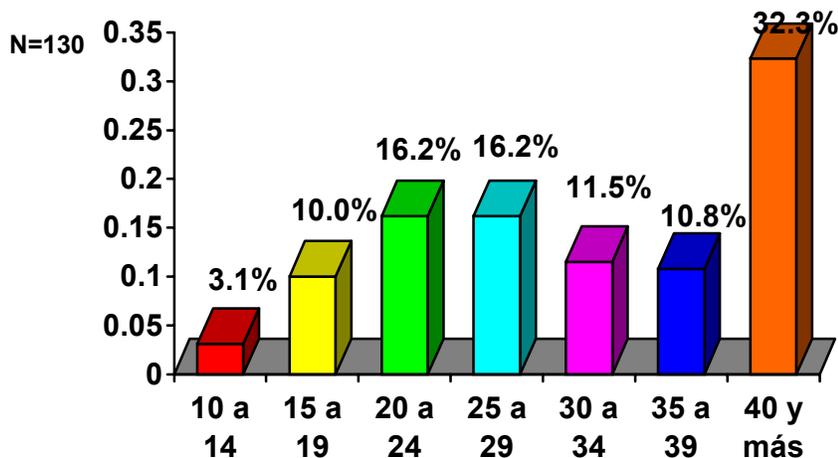
En este indicador contamos con la participación de los Hospitales Psiquiátricos del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud con sus unidades de Estancia Breve y Prolongada, registrando a 130 pacientes de primera vez, durante el periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del año 2002, con las características sociodemográficas siguientes:

La **distribución por sexo** de los pacientes atendidos en los servicios de estas Unidades Médicas, el 69.2% pertenece al sexo masculino y el 30% al femenino. **(Ver gráfico N° 59)**



Con respecto a la **edad de afluencia** que con mayor frecuencia acude a solicitar la atención médica psiquiátrica, se encuentra entre los mayores de 40 años con un 32.3%, el 16.2% pertenece al grupo entre los 20 a 24 años y de 25 a 29 años para cada uno, 11.5% entre los 30 a 34 años y los de 35 a 39 años con el 10.8%, el 10% es población joven que se encuentra entre los 15 a 19 años, el grupo de edad que se atiende con menor incidencia es el grupo pediátrico con el 3.1% en los menores de 14 años. **(Ver gráfico N° 60)**

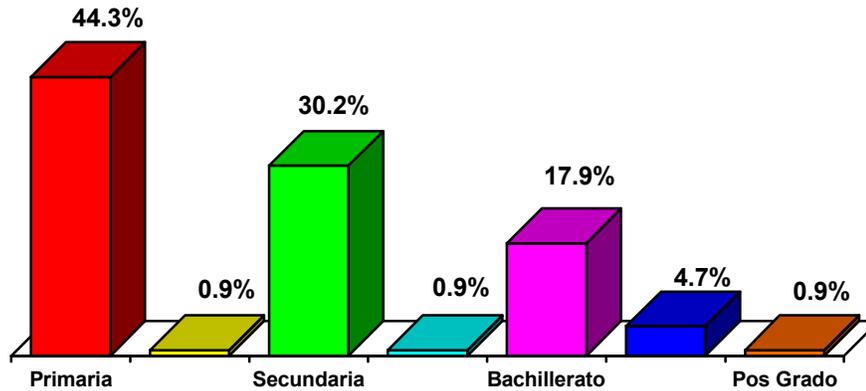
Gráfico 60: Distribución por Grupos de Edad



Con relación al **nivel de Instrucción Educativa**, la gran mayoría de los pacientes refiere que cursó la primaria con un 44.3%, seguidos por los de Secundaria con el 30.2%, el 17.9% tiene un nivel bachillerato, el 4.7% con Licenciatura y por último a los que son técnicos post-primaria o con algún postgrado con solo el 0.9% para cada uno. **(Ver gráfico N° 61)**

Gráfico 61: Escolaridad

N=130



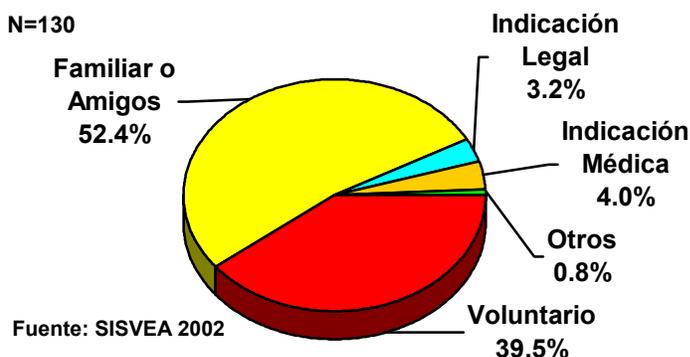
Fuente: SISVEA 2002

Los solteros tienen la mayor prevalencia con el 48.8% del **Estado Civil**, el 33.3% se encuentra casado, el 6.2% es divorciado y con menor proporción al 5% se encuentran los separados, viudos y 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 por la motivación que ejercen los amigos y/o familiares, ya que el 52.4% acudió a la Unidad en esta forma, así mismo el acudir en forma voluntaria puesto que el 39.5% lo hizo plenamente convencido, en contraste, 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 solo acudió el 4%, el 3.2% de los casos fue obligado a asistir por alguna indicación de tipo legal. **(Ver gráfico N° 62)**

Gráfico 62: Forma en que acuden a Tratamiento

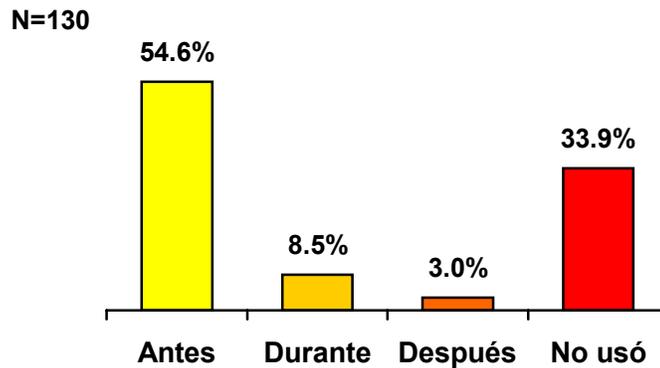
N=130



Fuente: SISVEA 2002

De los 130 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 71 casos, lo que representa el 54.6%; El 8.4% (11 sujetos) refirió consumirlas **durante el tratamiento** psiquiátrico y en 4 sujetos que corresponde al 3% continuaron consumiendo drogas **posterior al manejo** de su enfermedad. **(Ver gráfico N° 63)**

Gráfico 63: Uso de Droga según momento de Tratamiento



Fuente: SISVEA 2002

Como se observa en el cuadro número 1 Las **sustancias adictivas de inicio que se consumieron antes del tratamiento**, el 57.7% había consumido bebidas alcohólicas, el 18.3% Cocaína, el 11.3% tiene el antecedente de haber usado la marihuana y los inhalantes con el 7.8% y la drogas con menor prevalencia, son los tranquilizantes con el 2.8%, los antidepresivos y el tabaco con el 1.4% para cada una de ellas.

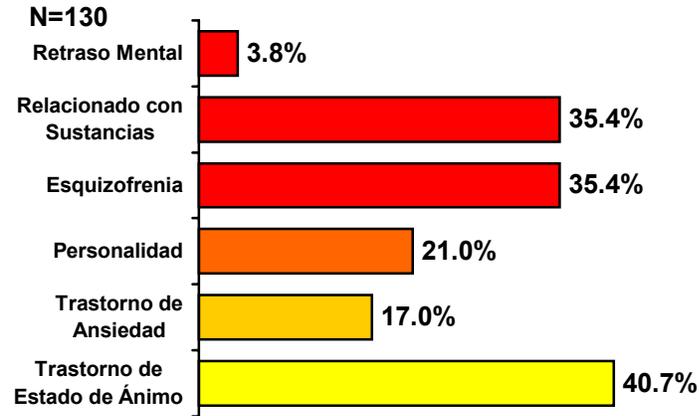
De los sujetos que refirieron usar drogas **durante el tratamiento** se encuentran en primer lugar el consumo de tranquilizantes con el 54.8%, seguidos por el alcohol con el 18.2%, con similar proporción con el 9% para la marihuana, los inhalables y la cocaína para cada una de ellas.

Y aquellos pacientes que refirieron seguir consumiendo **drogas después de recibir el tratamiento psiquiátrico**, el 50% continuó tomando tranquilizantes y alcohol, en 1 caso se continuó el consumo de cocaína. **(Ver cuadro N° 30)**

Cuadro 30: Sustancias adictivas consumidas por los pacientes según tiempo de tratamiento psiquiátrico			
Droga	Antes N= 71	Durante N= 11	Después N= 4
Alcohol	57.7	18.2	50
Marihuana	11.3	9	-
Inhalables	7.8	9	-
Cocaína	18.3	9	25
Tranquilizantes	2.8	54.8	50
Cristal	1.4	-	-
Drogas Médicas	-	36.3	25
Drogas ilegales	-	18.2	-

Las entidades nosológicas diagnosticadas a estos pacientes, encontramos a los Trastornos del Estado de Ánimo, como el padecimiento más frecuente en 53 sujetos que representa el 40.7%, en segundo lugar con la misma proporción se encuentran aquellas enfermedades relacionadas con sustancias adictivas y la Esquizofrenia con 46 casos para cada una de ellas y le corresponde el 35.4%, en tercer lugar están los Trastornos de Ansiedad con un 21% y por último los de Ansiedad y Retraso Mental. (Ver gráfico N° 64)

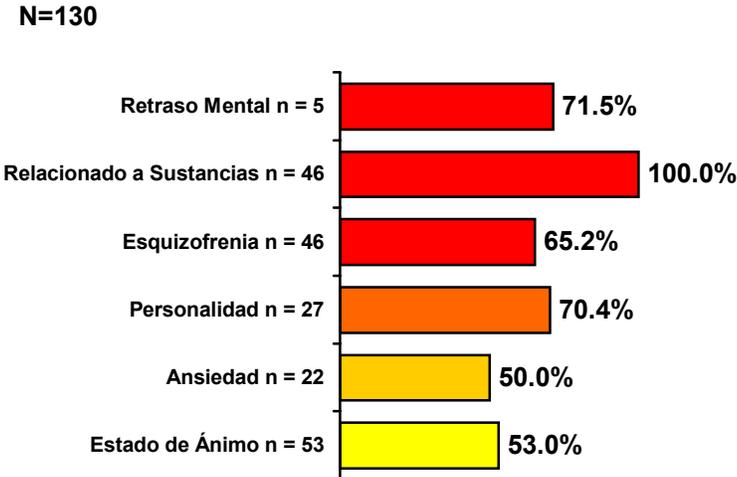
Gráfico 64: Tipo de Trastorno



Fuente: SISVEA 2002

El consumo de sustancias adictivas se ve fuertemente asociado a cualquier tipo de Trastorno Mental, como se observa en el gráfico, el 71.5% y con el 70.4% de los pacientes con Retraso Mental y Trastornos de la Personalidad respectivamente, tienen el antecedente de haber consumido alguna droga, el 65.2% en aquellos que padecen de Esquizofrenia, el 53% para los Trastornos del Estado de Ánimo y por último la Ansiedad con el 50%. (Ver gráfico N° 65)

Gráfico 65: Uso de Sustancias según Tipo de Trastorno.



Fuente: SISVEA 2002

Como podemos observar en el cuadro, **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 retraso mental en quienes predominó el uso de inhalantes. El consumo de marihuana se aprecia en los pacientes con Esquizofrenia y con trastornos de la personalidad. Los ansiosos, los esquizofrénicos y los que padecen enfermedad mental por usar sustancias adictivas, predomina el uso de cocaína con relación al resto de los padecimientos. **(Ver cuadro N° 31)**

Cuadro 31: Distribución porcentual de drogas de inicio según tipo de trastorno mental						
Droga de Inicio	Ánimo	Ansiedad	Personalidad	Esquizofrenia	Rel/sust	Retraso Mental
	N = 28	N = 11	N = 19	N = 30	N = 46	N = 5
Alcohol	64.3	63.6	63.2	50.0	56.5	20
Marihuana	7.1	9.1	15.8	20.0	13.0	20
Inhalantes	10.7	-	10.5	6.7	6.5	40
Cocaína	14.3	27.3	10.5	23.3	21.7	20
Tranquilizantes	3.6	-	-	-	-	-
Otras Drogas		-	-	-	2.3	-
Total	100	100	100	100	100	100

Al alcohol lo encontramos dentro de las primeras **drogas que ocasionan mayor impacto** en todos los padecimientos, solo siendo superado por la cocaína en el caso de aquellos que padecen de Esquizofrenia y aparece el cristal en los pacientes que tienen trastornos asociados al consumo de sustancias adictivas asimismo en los esquizofrénicos. **(Ver cuadro N° 32)**

Cuadro 32: Distribución porcentual de droga de mayor impacto según tipo de trastorno mental						
Droga de Impacto	Ánimo	Ansiedad	Personalidad	Esquizofrenia	Rel/sust	Retraso Mental
	N = 9	N = 2	N = 11	N = 14	N = 21	N = 2
Alcohol	44.4	50	54.5	21.4	33.3	
Marihuana	11.1	50	9.1	7.1	14.3	
Alucinógenos	11.1			7.1	4.8	
Inhalantes	11.1		18.2	21.4	9.5	100
Cocaína	11.1		18.2	28.6	19	
Cristal	11.1			7.1	9.5	
Flunitracepam	11.1					
Tranquilizantes				7.4	4.8	
Total	100	100	100	100	100	100

CONCLUSIONES

1. Los pacientes que con mayor frecuencia acuden a recibir tratamiento psiquiátrico pertenecen al sexo masculino.
2. La edad de los pacientes que son atendidos pertenecen al grupo de edad de los 40 años y mayores.
3. El 44.3% de los pacientes cursaron la primaria, por lo que el nivel de educación es bajo.
4. La invitación de algún amigo o familiar así como voluntariamente, son las formas que tienen mayor éxito para que los pacientes acudan a solicitar el tratamiento psiquiátrico.
5. La proporción más baja de la forma en que acuden, es la indicación médica, situación que nos debe hacer reflexionar que la comunidad médica debe de tener mayor capacidad en el diagnóstico y la referencia de los casos en forma oportuna.
6. La droga de inicio que se consume con mayor frecuencia, antes de recibir el tratamiento psiquiátrico son el alcohol, la cocaína y marihuana.
7. Las drogas que mayor consumo mientras reciben el tratamiento son los tranquilizantes y el alcohol, el mismo patrón de uso se encuentra posterior al tratamiento.
8. La droga de mayor impacto en los trastornos en el estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad y relacionados con sustancias, fue el alcohol.
9. La droga de mayor impacto en los pacientes con esquizofrenia, es la cocaína y para los que tienen retraso mental, fueron los inhalables.
10. Los trastornos mentales que se diagnostican con mayor frecuencia son los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia y los trastornos relacionados con las sustancias adictivas.

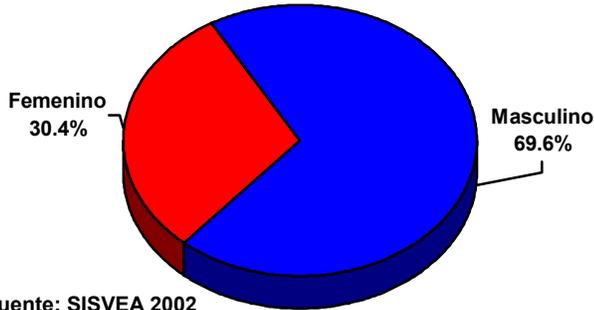
TABACO



Durante el periodo comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2002 se integraron al esquema de tratamiento en la **Clínica para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil A.C.** un total de 181 pacientes, quienes presentan las siguientes características sociodemográficas: de acuerdo a la **distribución de la población por género** el 69.6% pertenece al masculino y el 30.4% al femenino. **(Ver gráfico N° 66)**

Gráfico 66: Distribución por Género

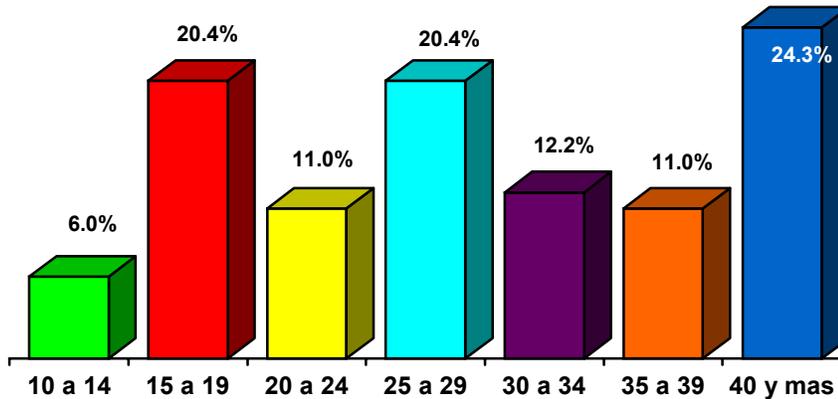
N = 181



El grupo de edad de mayor frecuencia que acude a tratamiento es el grupo de mayores de 40 años con el 24.3%, seguidos con similar proporción los que se encuentran entre los 15 a 19 años y 25 a 29 con el 20.4% para cada uno de ellos, el de los 30 a 34 años con un 12.2%, y con el 11% los grupos de 20 a 24 y 35 a 39 años y sólo el 0.6% para el grupo de edad entre los 10 y 14 años de edad. **(Ver gráfico N° 67)**

Gráfico 67: Grupos de Edad

N = 181



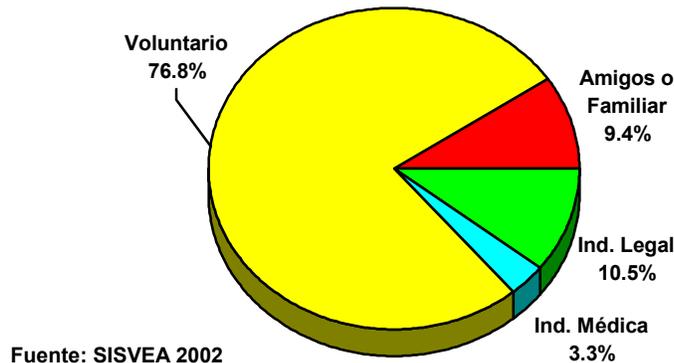
Fuente SISVEA 2002

Con relación al **estado civil de los pacientes** que acuden a solicitar tratamiento, prevalecen los casados con el 45.6%, los solteros en un 40.6%, en menor proporción encontramos a los separados con el 4.4%, a los que se encuentran en unión libre con el 5%, los divorciados con el 3.3% y por último los viudos con el 1.1%.

La forma en que acuden a solicitar el tratamiento, el 80% asiste voluntariamente y el 10.6% por indicación de alguna autoridad legal, el 9.4% acude por seguir el consejo de algún amigo o familiar. Es de observar que la menor proporción acude por indicación médica con sólo el 3.3%. **(Ver gráfico N° 68)**

Gráfico 68: Forma en que Acuden a Solicitar el Tratamiento

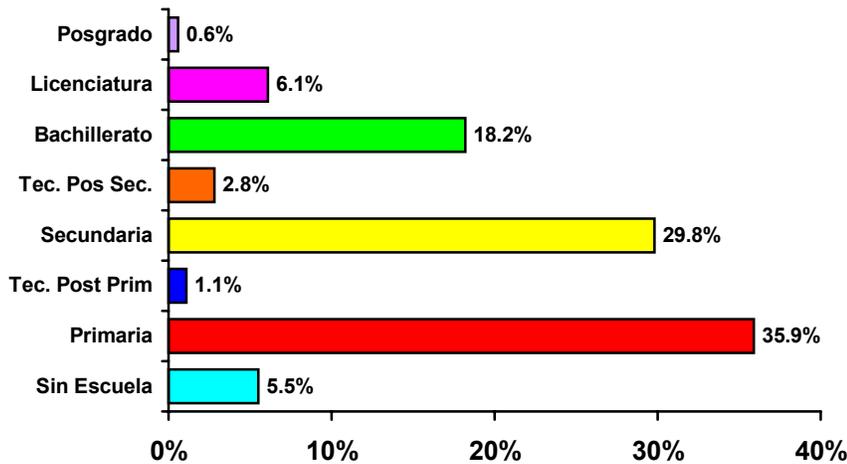
N = 181



En cuanto al **nivel de instrucción escolar**, tenemos que el 35.9% cuenta con la educación primaria, seguido por los que terminaron la secundaria y bachillerato con el 29.8% y 18.2% respectivamente, el 6.1% con licenciatura y el 5.5% refirió no haber cursado ningún grado escolar. **(Ver gráfico N° 69)**

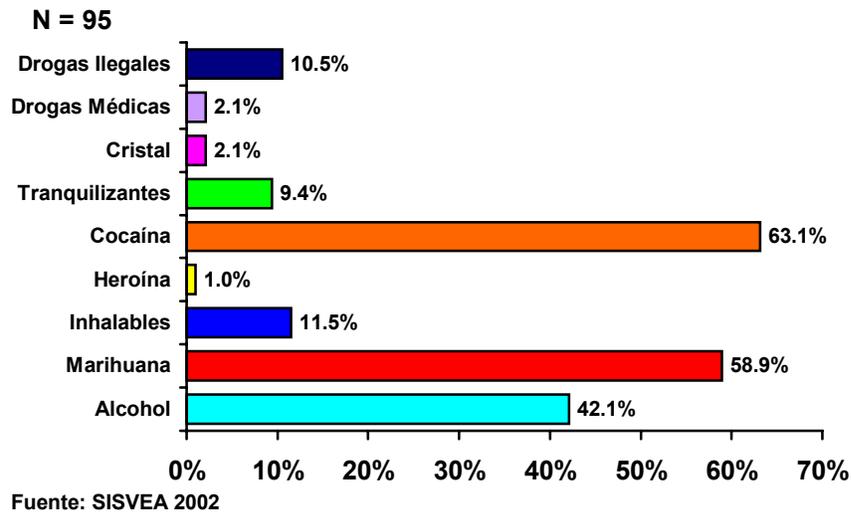
Gráfico 69: Nivel de Instrucción Escolar

N = 181



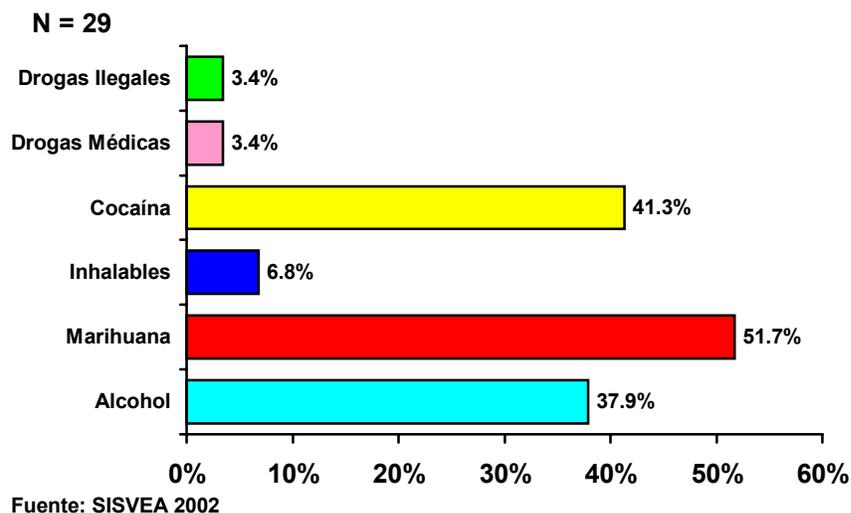
Dadas las características que presentan los pacientes atendidos en esta Clínica para dejar de Fumar, encontramos que 95 sujetos que representa el 52.5% refieren **haber consumido además de tabaco otras drogas**, encontrando que en 60 sujetos que representa el 63.1% ha tenido experiencia con cocaína, el 58.9% ha usado marihuana, con alcohol el 42.1%, el 11.5% con solventes volátiles, otras drogas no especificadas pero de tipo ilegal con el 10.5%, los tranquilizantes fueron usados por el 9.4% de los pacientes, el cristal y la heroína 2.1% y 1% respectivamente. (Ver gráfico N° 70)

Gráfico 70: Drogas que han Consumido

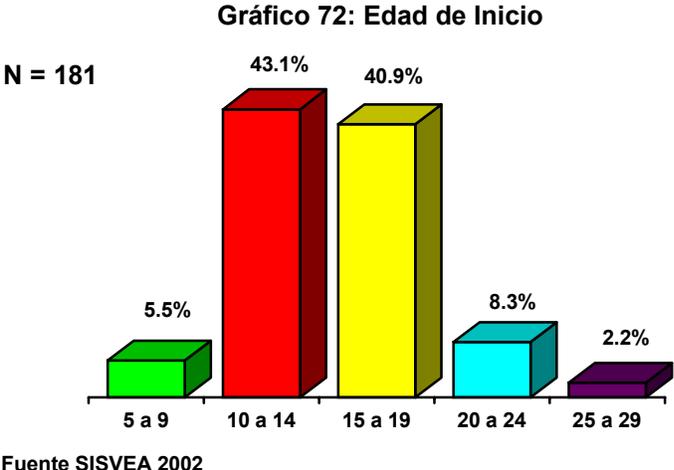


De los 95 sujetos que refieren haber tenido experiencia con otras sustancias, en 29 pacientes que corresponde al 30.5% consumieron **tabaco en combinación con otro tipo de drogas**, encontrando como las de mayor preferencia a la marihuana con el 51.7%, la cocaína con un 41.3%, con alcohol el 37.9%, los inhalantes con el 6.8% y las drogas médicas e ilegales con el 3.4% para cada una de ellas. (Ver gráfico N° 71)

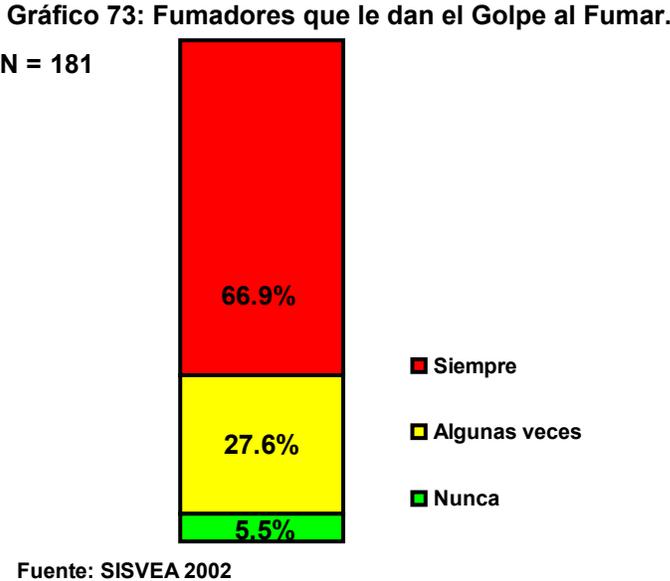
Gráfico 71: Drogas que han combinado con tabaco.



La edad de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco se encuentra entre los 10 y 14 años de edad ya que sólo en este grupo se inicia el 43.1% de todos los sujetos estudiados, seguidos por los que se encuentran entre los 15 a 19 años con un 40.9%, el 8.3% de los sujetos inició entre los 20 a 24 años, es de observar que el 5.5% inició entre los 5 a los 9 años y el riesgo disminuye cuando se cumplen 25 o más años, ya que sólo el 2.2% inició a esta edad. (Ver gráfico N° 72)

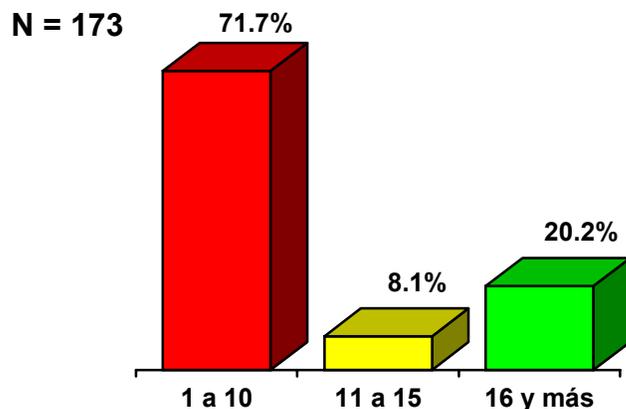


La nicotina como alcaloide demuestra su poder adictivo entre los usuarios de tabaco, ya que el patrón de consumo de estos pacientes refiere que el 83.1% fuma diariamente, de 2 a 3 veces por semana se registró el 10.7%, entre una vez por semana y una vez al mes con el 2.2% para cada uno de ellos y el tipo de cigarro que más se consume es con filtro con el 88.8% y el 66.9% la forma de fumar es darle el golpe siempre. (Ver gráfico N° 73)



En cuanto a 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 20.2% 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 8.1% 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 71.7%, siendo estos los **fumadores leves**. (Ver gráfico N° 74)

Gráfico 74: Número de Cigarros al Día



Fuente: SISVEA 2002

En los **critérios de dependencia al tabaco** que reúnen los fumadores observamos que el 73.2% de las personas que lo consumen no se abstienen de fumar en lugares prohibidos y el 26.8% refiere que si lo hacen, el 69.2% ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo, el 27.8% dice que estando enfermo sigue fumando y el 31.3% refiere fumar más por las mañanas. (Ver cuadro N° 33)

Cuadro 33: Criterios de dependencia al tabaco en los pacientes atendidos		
CRITERIO	SI (%)	NO (%)
¿Fuma más por las mañanas?	31.3	68.7
¿Fuma aún estando enfermo?	27.8	72.2
¿Ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo?	69.8	30.2
¿Se abstiene de fumar en lugares prohibidos?	26.8	73.2

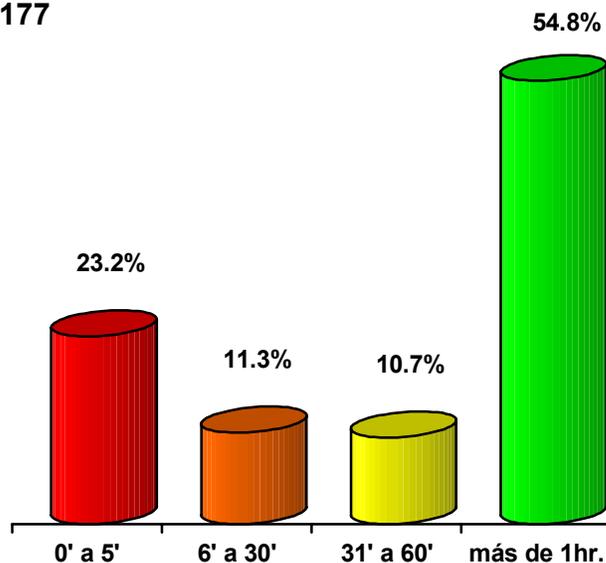
Al cuestionar al paciente cuál es el **cigarrillo que le da mayor dificultad el dejar de fumar**, se refiere que cuando están bajo tensión y después de comer con el 25.4% para cada uno, el 19.8% refiere que es el primero de la mañana, el 6.8% lo consume antes de dormir y el 10.2% acepta que en todas la ocasiones le es difícil dejar de fumar. **(Ver cuadro N° 34)**

Cuadro 34: Cigarrillo que les provoca mayor dificultad el dejar de fumar	
	Porcentaje
Primero de la mañana	19.8
Después de Comer	25.4
Al estar bajo tensión	25.4
Al estar en el baño	4.0
Antes de dormir	6.8
Otras situaciones	8.5
Todos son difíciles	10.2

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? Es de hacer mención que el 23.2% lo hace dentro de los primeros 5 minutos, el 11.3% dentro de la primera media hora, y la gran mayoría lo enciende al pasar los primeros 60 minutos. **(Ver gráfico N° 75)**

Gráfico 75: Tiempo Transcurrido entre Despertar y Fumar

N = 177



Fuente: SISVEA 2002

CONCLUSIONES

1. El sexo que más acudió a solicitar tratamiento a la Clínica de Tabaquismo fue el masculino con el 69.3%.
2. Los grupos de edad que acuden con mayor frecuencia a solicitar tratamiento a la Clínica para dejar de Fumar, se encuentran entre los grupos de 15 a 19 y 25 a 29 años de edad, donde prácticamente no se encuentran diferencias significativas.
3. La edad más vulnerable para iniciarse en el consumo de tabaco es entre los 10 a 19 años, puesto que el 84% de los pacientes atendidos refieren haber comenzado a fumar en este rango de edad.
4. Al igual que en otros indicadores, el acudir voluntariamente al tratamiento, es la mejor forma de lograr un tratamiento para cualquier tipo de droga, asimismo para el tabaco.
5. El 71.1% de los pacientes fue clasificado como fumador leve, ya que refirió consumir como máximo 10 cigarros por día.
6. El poder adictivo de la nicotina se demuestra en el patrón de consumo de tabaco, en la población estudiada el 83.1% lo consume diariamente.
7. El 66.5% le da el golpe siempre cuando fuma y consume cigarro con filtro, aunque es bien sabido que el consumir tabaco con filtro no hace más seguro el consumir cigarrillos, asimismo la forma de consumo se ve directamente asociada al sitio de enfermedad ocasionada.
8. El 73.2% de los usuarios que fuman, no se abstienen de fumar en lugares donde no está permitido su consumo.
9. El 69.8% de los pacientes ha intentado dejar de fumar y no lo ha conseguido.
10. El 23.2% señaló que el tiempo que transcurre entre despertar y fumar su primer cigarro, son los primeros 5 minutos.
11. El 25.4% refiere que el cigarro más difícil de dejar de fumar, es después de comer y cuando están bajo tensión.
12. El 52.5% ha estado en contacto con otras drogas siendo las de mayor preferencia la cocaína, la marihuana, los inhalables y los tranquilizantes.
13. El 30.5% 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 a la marihuana, la cocaína, el alcohol y los inhalantes.

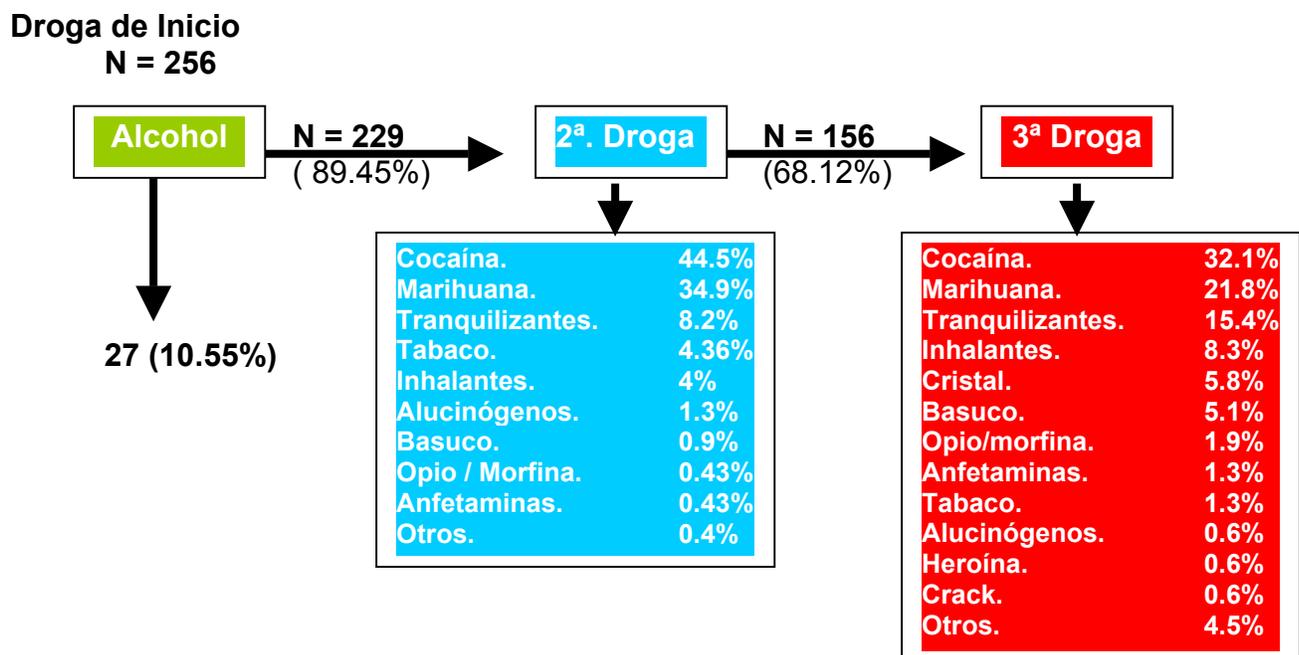
LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS

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 2002; 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 256 pacientes refirieron haber **iniciado con bebidas alcohólicas**, sólo 27 sujetos refirieron ser monousuarios de alcohol y 229 pacientes que representan **el 89.45% consumen una segunda droga**, encontrando en orden de preferencia a la cocaína con 44.5%, seguida por la marihuana con el 34.9% y los tranquilizantes con el 8.2%, al tabaco con el 4.36%, con el 4% y el 1.3% para los inhalantes y los alucinógenos respectivamente. Con menos del 1% para cada uno de ellos, encontramos al basuco y derivados de opio y morfina. Cabe hacer mención que 156 pacientes que corresponden a **68.12% pasaron a consumir una tercera droga**, siendo éstas la cocaína con el 32.1%, seguida por la marihuana con el 21.8% y los tranquilizantes e inhalables con el 15.4% y el 8.3% respectivamente. En este nivel de consumo aparecen en forma importante el crack, las anfetaminas, el opio y los derivados de morfina y por último la heroína. (Ver figura 1)

Figura 1: Historia Natural del Consumo de Alcohol

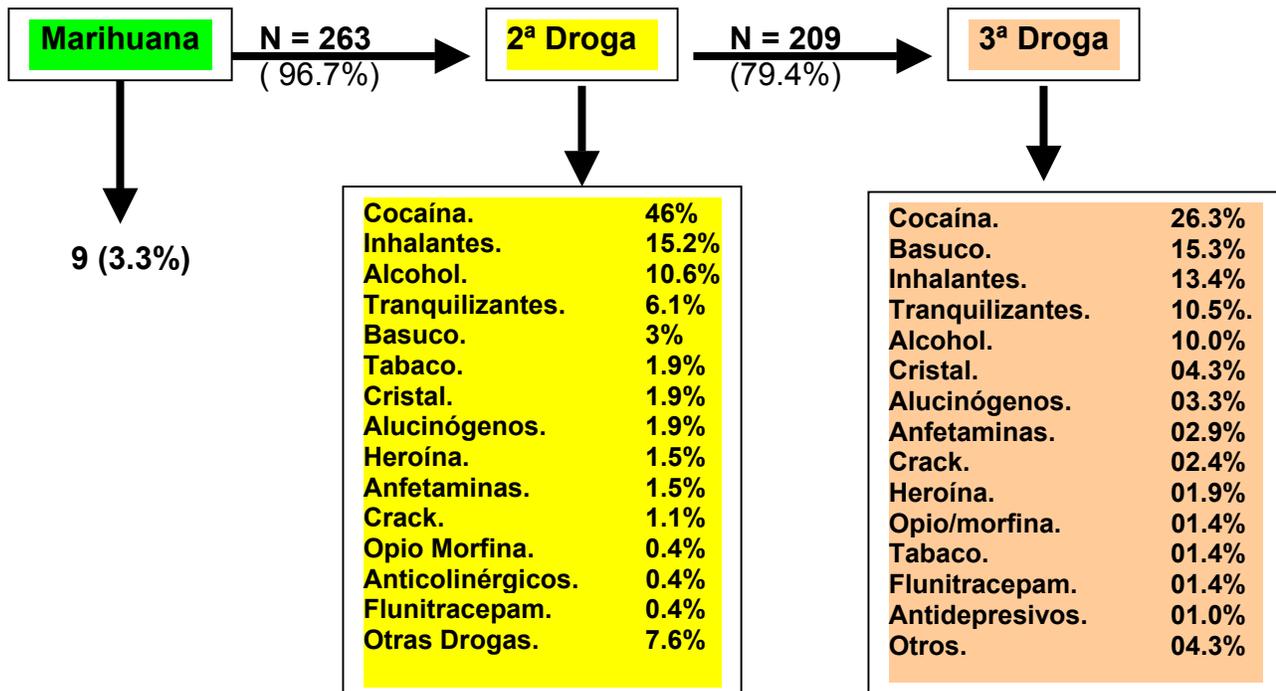


HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA

Los pacientes que refirieron que la **marihuana** fue su **primer droga de contacto** encontramos a 272 sujetos, de los **cuales 263 que representa el 96.7% usan una segunda sustancia**, siendo las drogas de mayor consumo la cocaína, los inhalantes y el alcohol con el 46%, el 15.2% y el 10.6% respectivamente, los tranquilizantes con el 6.1% y el basuco con el 3%, el cristal y el tabaco con el 1.9%, y encontrando en menor proporción a las anfetaminas con el 1.5%, y con el 1.1% al crack, con una incidencia menor al 1% tenemos al flunitracepan y a los anticolinérgicos. **El 79.4% de los pacientes afirmaron consumir una tercera sustancia adictiva**, encontrando como principales a la cocaína con el 26.3%, al basuco con el 15.3% y a los inhalantes con el 13.4%, los tranquilizantes con el 10.5%, y al alcohol con el 10%, entre las de menor proporción encontramos basuco, cristal, alucinógenos, anfetaminas, heroína, tabaco, opio y morfina con menos del 5%. (Ver figura N° 2)

Figura 2: Historia Natural del Consumo de Marihuana

Droga de Inicio
N = 272

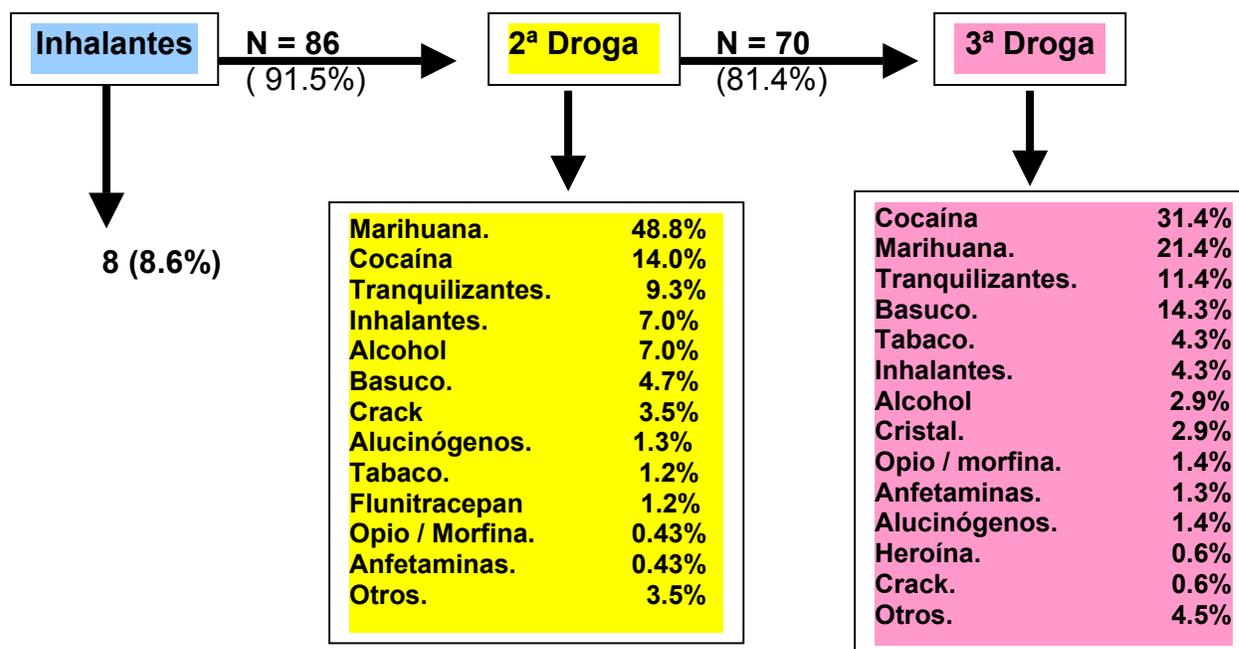


HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES

Los pacientes que reportaron como **droga de inicio a los inhalantes** corresponde a 94 sujetos, de los cuales **86 (91.5%)**, aceptaron ser usuarios de una **segunda droga**, encontrando que el 48.8% de los pacientes consumen marihuana, cocaína el 14%, tranquilizantes con el 9.3%, alcohol e inhalables con el 7%, basuco con el 4.7%, el crack con un 3.5% y el tabaco y flunitracepan con el 1.2%. En 70 casos **(81.4%)** se reporta el **consumo de una tercera sustancia adictiva** y por orden de importancia tenemos a la cocaína con el 31.4%, la marihuana con 21.4%, basuco con el 14.3%, tranquilizantes con el 11.4%, el tabaco y los inhalables con el 4.3%, el cristal con el 2.9%. Con el 1.4% tenemos a los alucinógenos, opio y morfina. (Ver figura N° 3)

Figura 3: Historia Natural del Consumo de Inhalantes

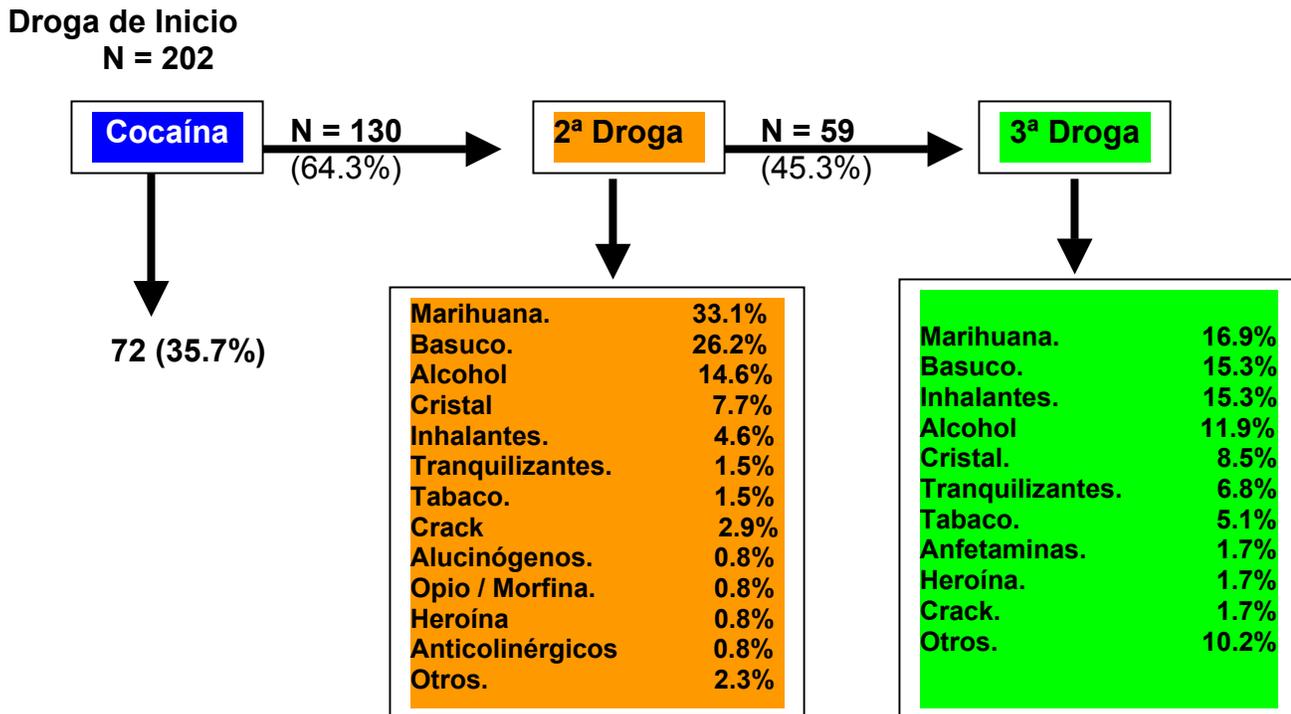
Droga de Inicio
N = 94



HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA

De los pacientes que reportaron iniciar su farmacodependencia con la cocaína registramos a 202 sujetos, de los cuales 130 (64.3%) aceptaron ser usuarios de una segunda droga, reportándose como las de mayor uso a la marihuana con el 33.1%, al basuco 26.2%, alcohol con el 14.6%, al cristal con el 7.7%, al crack con el 5.4%, los inhalables con el 4.6%, a los tranquilizantes con el 1.5%, y con el 1% tenemos al tabaco, heroína, opio/morfina y anticolinérgicos. El 45.3% de los pacientes pasaron a consumir una tercera droga registrándose a 59 sujetos, encontrando como tercera droga de preferencia a la marihuana con el 16.9%, a los inhalables y al basuco con el 15.3%, al alcohol en el 11.9%, al cristal con un 8.5%, los tranquilizantes con el 6.8%, la cocaína y el tabaco registraron un 5.1% y con el 1.7% tenemos a la heroína, las anfetaminas y el crack. (Ver figura N° 4)

Figura 4: Historia Natural del Consumo de Cocaína

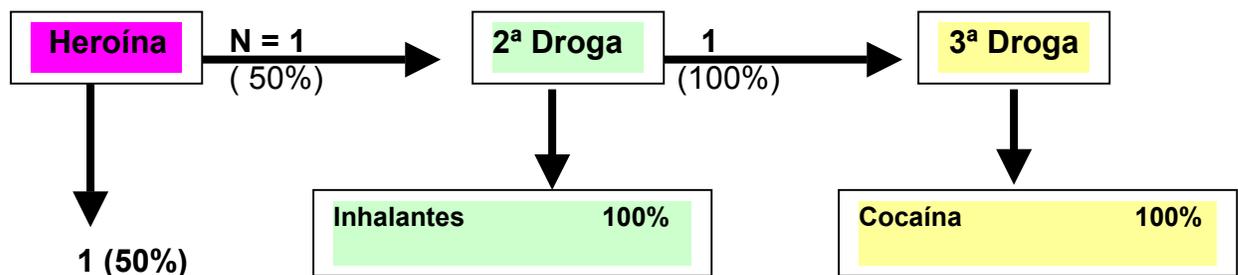


HISTORIA NATURAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

La heroína es una sustancia que por fortuna aún no es muy popular en nuestra población, sin embargo, encontramos registros de 2 sujetos que la utilizaron como droga de inicio y en 1 caso que representa al (50%) se utilizó una segunda droga, teniendo en primer lugar los inhalables y el mismo paciente consumió como tercera droga la cocaína. (Ver figura N° 5)

Figura 5: Historia Natural del Consumo de Heroína

Droga de Inicio
N = 2



CLASIFICACIÓN DE DROGAS

Alcohol:

Efecto: Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo: Alcohol Etílico.

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

Marihuana:

Efecto: Estimulante del Sistema Nervioso Central. (Alucinógeno)

Compuesto Activo: Tetrahidrocannabinol (THC)

Especies: Cannabis Sativa, Cannabis Erratic, Cannabis Índica.

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, Dimetiltriptamina, 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.

Anticolinérgicos.

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, Enlaxina.

Iminoestilbenos:

Compuesto Activo: Carbamacepina.

Fenitoínas:

Compuesto Activo: Fenitoina.

Valproico:

Compuesto Activo: Valproico Ácido.

Otros Psicotrópicos:

Efectos: Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Pasta Base: (Basuco)

Efecto: Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo: Benzoilmetilecgonina.

Metanfetaminas (Cristales):

Efecto: Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo: Metilendioximetanfetamina. (MDMA) (Éxtasis)

Flunitracepam:

Efecto: Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo: Flunitracepam

Crack:

Efecto: Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo: Benzoilmetilecgonina.

Refractyl Ofteno:

Efecto: Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo: Antimuscarínico.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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.

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: 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).

Analgésico: Droga que alivia el dolor.

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

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

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 indiferencia o desinterés psicoafectivo. No poseen, 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 sobrevienen déficit en las funciones cardiovasculares y periféricas de otras clases.

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.

Cannabis sativa: Variedad de cáñamo de cuyas hojas se obtiene la *marihuana*. Su resina recibe el nombre de "*hachis*" o "*hashish*".

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.

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

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

Delirio 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.

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.

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.

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 sus 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”.

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

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

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

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

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

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

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

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

Estupefaciente: Droga Psicoactiva narcótica y analgésica que provoca adicción.

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

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

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

Flashback: Trastorno que se presenta posterior al consumo de alucinógenos y como consecuencia de él, pero sin requerir nueva administración.

Hashís, hashish: 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.

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 estas se incluyen pegamentos, lacas, thinner, cementos, gasolina, acetona, etc.).

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

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 *cañamo indio* o simplemente *cañamo*. 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 adictógena 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.

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.

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.

Secretario Técnico 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.

Edición: Marzo del 2003



Lago Tequesquitengo # 2600
Col. Lagos del Country
Zapopan, Jalisco, México
Tel. 38-23-20-20 Fax. 38-24-86-93
CP 45177
e-mail: cecaj10@hotmail.com
web: <http://cecaj.jalisco.gob.mx>