GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
(SECRETARÍA DE SALUD)

CECAJ
Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco

"SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES".

RESULTADOS 2004

"Por un Jalisco Libre de Drogas".

CONTENIDO

CONTENIDO i

GRÁFICOS ii

FIGURAS v

CUADROS v

INTRODUCCIÓN viii

MÉTODO xi

INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN EL SISVEA xiv

INDICADORES 1

- CONSUMO DE DROGAS 2
- LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS 9
- CONSUMO DE DROGAS POR REGIONES 15
- CONSUMO DE ALCOHOL 23
- CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES 32
- CONSUMO DE TABACO 40
- CONSUMO DE TABACO POR REGIONES 52
- SERVICIO MÉDICO FORENSE 59
- PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS 74
- SALUD MENTAL 84
- MENORES INFRACTORES 94
- NIÑOS DE LA CALLE 109

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS 118

GLOSARIO DE TÉRMINOS 124

GRÁFICOS

CONSUMO DE DROGAS

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

CONSUMO DE DROGAS REGIONES

GRÁFICO 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS DE DROGAS VÍA INTRAVENOSA POR REGIÓN SANITARIA 21
GRÁFICO 7: PACIENTES ANTENDIDOS POR ALCOHOLISMO SEGÚN GÉNERO24
GRÁFICO 8: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO 25
GRÁFICO 9: ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES 25
GRÁFICO 10: PACIENTES ATENDIDOS POR ALCOHOLISMO SEGÚN EDAD DE INICIO 26
GRÁFICO 11: TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA DE INICIO 27
GRÁFICO 12: TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA DE CONSUMO ACTUAL 27
GRÁFICO 13: PACIENTES ALCOHÓLICOS SEGÚN PATRÓN DE CONSUMO. ... 28
GRÁFICO 14: PACIENTES ALCOHÓLICOS SEGÚN EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS 28
GRÁFICO 15: PACIENTES CON EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS SEGÚN TIPO 29
GRÁFICO 16: PACIENTES QUE COMBINAN EL ALCOHOL 29
CON OTRAS DROGAS SEGÚN TIPO. 29

CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICO 17: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES TRATADOS POR ALCOHOLISMO POR REGIÓN SANITARIA 34
GRÁFICO 18 PACIENTES ATENDIDOS POR ALCOHOLISMO CON EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS POR REGIÓN SANITARIA 36

CONSUMO DE TABACO

GRÁFICO 19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR TABAQUISMO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA. 41
GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO 42
GRÁFICO 21: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA TABACO 42
GRÁFICO 22: FORMA EN QUE ACUDEN A SOLICITAR EL TRATAMIENTO PARA TABAQUISMO 43
GRÁFICO 23: NIVEL DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR 44

GRÁFICO 24: OTRAS DROGAS QUE HAN PROBADO LOS PACIENTES ATENDIDOS POR TABAQUISMO 44
GRÁFICO 25: DROGAS USADAS EN COMBINACIÓN CON TABACO 45
GRÁFICO 26: EDAD DE INICIO PARA EL CONSUMO DE TABACO 46
GRÁFICO 27: FUMADORES QUE LE DAN EL GOLPE AL FUMAR 46
GRÁFICO 28: CLASIFICACIÓN DEL FUMADOR SEGÚN EL NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS POR DÍA 47
GRÁFICO 29: TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE DESPERTAR Y FUMAR 49

CONSUMO DE TABACO REGIONES

GRÁFICO 30: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES TRATADOS POR TABAQUISMO POR REGIÓN SANITARIA 54
GRÁFICO 31: PACIENTES ATENDIDOS POR TABAQUISMO CON EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS POR REGIÓN SANITARIA 56

SERVICIO MÉDICO FORENSE

GRÁFICO 32: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO 61
GRÁFICO 33: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDA 62
GRÁFICO 34: CAUSA DE MUERTE 62
GRÁFICO 35: LUGAR DE LA MUERTE. 63
GRÁFICO 36: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE MUERTE 63
GRÁFICO 37: CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS Y DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO 65
GRÁFICO 38: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS 66
GRÁFICO 39: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE MUERTE EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS. 66
GRÁFICO 40: TIPO DE SUSTANCIAS PRESENTES EN CADÁVERES DE SEMEFO. 68
GRÁFICO 41: TENDENCIA DE PRESENCIA DE DROGAS EN CADÁVERES DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE 1998-2004 70
GRÁFICO 42: PREVALENCIA DE ALCOHOLEMIAS EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS. 71
GRÁFICO 43: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A MARIHUANA Y COCAÍNA 71
GRÁFICO 44: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A TRANQUILIZANTES E INHALANTES 72

PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS

GRÁFICO 45: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIA MÉDICA 76
GRÁFICO 46: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD 76
GRÁFICO 47: DEMANDA DE SERVICIO SEGÚN DÍA DE LA SEMANA 77
GRÁFICO 48 DEMANDA DE SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN TURNO 77
GRÁFICO 49: MOTIVOS DE INGRESO 78
GRÁFICO 50: MOTIVO DE INGRESO SEGÚN USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS80

GRÁFICO 51: SUSTANCIAS ADICTIVAS ASOCIADAS A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIAS POR PADECIMIENTOS MÉDICOS 80

SALUD MENTAL

GRÁFICO 52: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO 85
GRÁFICO 53: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD 86
GRÁFICO 54: ESCOLARIDAD 86
GRÁFICO 55: FORMA EN QUE ACUDEN A TRATAMIENTO 87
GRÁFICO 56: USO DE DROGAS ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO 88
GRÁFICO 57: DROGAS DE INICIO ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO 88
GRÁFICO 58: TIPO DE TRASTORNO 90
GRÁFICO 59: USO DE SUSTANCIAS SEGÚN TIPO DE TRASTORNO 90

MENORES INFRACTORES

GRÁFICO 60: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO 95
GRÁFICO 61: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD 96
GRÁFICO 62: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MENORES INFRACTORES SEGÚN ESCOLARIDAD 96
GRÁFICO 63: OCUPACIÓN 97
GRÁFICO 64: TIPO DE FAMILIA 98
GRÁFICO 65: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD 98
GRÁFICO 66: NÚMERO DE INGRESOS AL COMI 99
GRÁFICO 67: USO Y TIPO DE ARMA POR LOS MENORES PARA COMETER LA INFRACCIÓN 100
GRÁFICO 68: SUSTANCIAS ASOCIADAS PARA COMETER LA INFRACCIÓN .. 100
GRÁFICO 69: MENORES USUARIOS HABITUALES DE DROGAS 101
GRÁFICO 70: MENORES INFRACTORES CON FAMILIA FUNCIONAL SEGÚN USO HABITUAL DE DROGAS 102
GRÁFICO 71: USUARIOS HABITUALES DE DROGAS SEGÚN FAMILIA DE TIPO DISFUNCIONAL 102
GRÁFICO 72: USO DE ARMAS Y SU RELACIÓN CON EL USO HABITUAL DE DROGAS. 103
GRÁFICO 73: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE MARIHUANA POR MENORES INFRACTORES 104
GRÁFICO 74: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE INHALABLES 105
GRÁFICO 75: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE COCAÍNA 105
GRÁFICO 76: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES. 105
GRÁFICO 77: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS 106
GRÁFICO 78: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRACK 106
GRÁFICO 79: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRISTAL 107
GRÁFICO 80: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE HEROÍNA 107

NIÑOS DE LA CALLE

GRÁFICO 81: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.....110
Gráfico 82: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LOS NIÑOS.....111
GRÁFICO 83: ACTIVIDAD LABORAL DESEMPEÑADA POR LOS MENORES.....111
GRÁFICO 84: TIEMPO DE VIVIR EN LA CALLE 112
GRÁFICO 85: RASGOS DE CONDUCTA.....113
GRÁFICO 86: ¿A QUIÉN ACUDE EL NIÑO CUANDO TIENE PROBLEMAS?.....114
GRÁFICO 87: DROGA DE PRIMER CONTACTO EN NIÑOS DE LA CALLE 114
GRÁFICO 88: NIVEL DE CONSUMO DE DROGAS.....115

FIGURAS

HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS

FIGURA 1: Historia Natural del Consumo de Alcohol.....10
FIGURA 2: Historia Natural del Consumo de Marihuana 11
FIGURA 3: Historia Natural del Consumo de Inhalantes 12
FIGURA 4: Historia Natural del Consumo de Cocaína 13
FIGURA 5: Historia Natural del Consumo de Heroína.....14

CUADROS

CONSUMO DE DROGAS

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

CONSUMO DE DROGAS REGIONES

CUADRO 4: REGIONES SANITARIAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD JALISCO...16
CUADRO 5: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA. 18
CUADRO 6: FORMA EN QUE ACUDEN A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA. 18
CUADRO 7: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA.....19
CUADRO 8: DROGAS DE INICIO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA 19
CUADRO 9: DROGAS DE IMPACTO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA.....20

CONSUMO DE ALCOHOL

CUADRO 10: CRITERIOS DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL.....30

CONSUMO DE ALCOHOL REGIONES

CUADRO 11: REGIONES SANITARIAS DE LA SECRETARIA DE SALUD JALISCO. 33
CUADRO 12: EDAD DE AFLUENCIA A ESTABLECIMIENTO PARA TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO POR REGIÓN SANITARIA 35
CUADRO 13: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA 36
CUADRO 14: TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS POR ALCOHÓLICOS 37
CUADRO 15: PACIENTES QUE HAN EXPERIMENTADO CON OTRAS DROGAS Y LAS COMBINAN CON EL ALCOHOL POR REGIÓN SANITARIA 37
CUADRO 16: TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS EN COMBINACIÓN CON ALCOHOL POR REGIÓN SANITARIA. 38

CONSUMO DE TABACO

CUADRO 17: CRITERIOS DE DEPENDENCIA AL TABACO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS.....48
CUADRO 18: CIGARRILLO QUE LES PROVOCA MAYOR DIFICULTAD EL DEJAR DE FUMAR.....48

CONSUMO DE TABACO REGIONES

CUADRO 19: REGIONES SANITARIAS DE LA SECRETARIA DE SALUD JALISCO. 53
CUADRO 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE AFLUENCIA A LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL TABAQUISMO POR REGIÓN SANITARIA 55
CUADRO 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE TABACO POR REGIÓN SANITARIA 55
CUADRO 22: DROGAS MÁS UTILIZADAS POR USUARIOS DE TABACO POR REGIÓN SANITARIA.....56
CUADRO 23: PACIENTES QUE COMBINAN EL TABACO CON OTRAS DROGAS POR REGIÓN SANITARIA 57
CUADRO 24: DROGAS UTILIZADAS EN COMBINACIÓN CON TABACO POR REGIÓN SANITARIA.....57

SERVICIO MÉDICO FORENSE

CUADRO 25: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN TIPO 64
CUADRO 26: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE MUERTE ASOCIADA A SUSTANCIAS ADICTIVAS SEGÚN CAUSA DE DECESO 67
CUADRO 27: LUGARES DONDE OCURRIÓ LA MUERTE DE CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS SEGÚN EL TIPO DE MUERTE 68

CUADRO 28: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSA DE MUERTE SEGÚN TIPO DE SUSTANCIA ADICTIVA 69

PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS

CUADRO 29: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESOS SEGÚN PADECIMIENTO MÉDICO 78
CUADRO 30: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA COMO MOTIVO DE INGRESO 79
CUADRO 31: PADECIMIENTOS MÉDICOS ASOCIADOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS 81
CUADRO 32: LESIONES POR CAUSA EXTERNA RELACIONADAS CON SUSTANCIAS ADICTIVAS 82

SALUD MENTAL

CUADRO 33: SUSTANCIAS ADICTIVAS CONSUMIDAS POR LOS PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO 89
CUADRO 34: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DROGAS DE INICIO SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL 91
CUADRO 35: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DROGA DE MAYOR IMPACTO SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL 92

MENORES INFRACTORES

CUADRO 36: TIPO DE INFRACCIÓN COMETIDA POR LOS MENORES 99
CUADRO 37: TIPO DE DROGA CONSUMIDA POR MENORES USUARIOS HABITUALES 101

NIÑOS DE LA CALLE

CUADRO 38: MOTIVOS PARA VIVIR EN LA CALLE 113
CUADRO 39: MOTIVOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS 115
CUADRO 40: DROGAS DE MAYOR CONSUMO 116

GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD

CECAJ
Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMILÓGICA DE LAS ADICCIONES EN JALISCO

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias adictivas se ha incrementado en prácticamente todo el mundo, es un problema dinámico que presenta cambios en cuanto a los patrones de uso y abuso, en edades de inicio, en la aparición de drogas y mezclas nuevas, problemas asociados a éstas, donde nuestro País y nuestro Estado no son la excepción.

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

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

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

A partir de Enero de 1998 el SISVEA del Consejo Estatal Contra las Adicciones, hoy en día forma parte de las acciones prioritarias del

Programa **“Por un Jalisco Libre de Drogas”** instituido y avalado por el Ejecutivo del Estado.

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

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

Dicho fenómeno sufre cambios constantemente a través del tiempo e incrementa el riesgo de que los jóvenes se conviertan en nuevos usuarios por la disponibilidad que existe en cualquier población de las diferentes sustancias adictivas; afecta directamente la evolución de cada una de las comunidades, favorece el desempleo y la violencia familiar, la emigración a otras ciudades, incluso 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 u organismos no gubernamentales, independientemente de su orden político o social, involucrados directa o indirectamente con la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

Los **indicadores** son los siguientes:

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

ESTRATEGIAS UTILIZADAS.

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

Se capta a la población que acude a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación no solo de la Zona Metropolitana de Guadalajara, sino de cada una de las regiones del Estado de Jalisco por consumo de sustancias adictivas, permitiendo así conocer el perfil de los usuarios de drogas como edades, sexo, nivel de instrucción educativa, estado civil, situación laboral, la forma en que acuden a solicitar el apoyo y su patrón de consumo, tipo o tipos de drogas, frecuencia de uso, vías de administración, edades de inicio, droga de mayor impacto y si han usado alguna droga intravenosa, así como los indicadores de dependencia al alcohol y enfermedades psiquiátricas, aplicada esta última exclusivamente en Hospitales Psiquiátricos.

La información se recaba en forma mensual a través de visitas y asesorías permanentes para el adecuado llenado de las Cédulas de Drogas, Alcohol, Tabaco y Salud Mental, estas cédulas son llenadas por personal previamente capacitado de cada uno de los Centros de Tratamiento según sea el caso.

Para el Indicador Puesto Centinela de Urgencias.

Se realiza una vez por semestre, llevándose a cabo en una semana denominada "Puesto Centinela de Urgencias" donde no se cruce con algún día festivo o días considerados como vacaciones, captándose a todos los pacientes de 5 años y mayores que demanden el servicio de Urgencias Médicas independientemente del motivo de consulta, permitiéndonos así conocer la morbimortalidad relacionada con el consumo de sustancias adictivas y de lesiones de causa externa, patologías agregadas y asociadas al uso y abuso de estas sustancias, las cuales son captadas en los Centros de Urgencias Médica de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Para el indicador Forense, se refiere en particular a quienes estaban bajo los efectos de alguna sustancia cuando perdieron la vida, pero también a aquellos que en el momento del fallecimiento no estaban intoxicados, aunque acostumbraban el consumo de alguna sustancia. Los datos a recabar son las características sociodemográficas del cadáver como edad, sexo, escolaridad ocupación y estado civil; condiciones del fallecimiento como, día de la semana en que falleció. Lugar donde ocurrió la muerte, causa del fallecimiento y si fue producto de accidente,

homicidio, suicidio, muerte no violenta y si el cadáver tenía alguna sustancia considerada como droga en sangre.

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

Los datos de los Menores Infractores se obtienen a través del Centro de Observación de Menores Infractores, esta información nos permite conocer cuantas infracciones fueron relacionadas con el uso o abuso de sustancias adictivas, así como el perfil de los menores infractores.

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

En el **año 2004** contamos con la participación de **59 Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones**, los cuales se enlistan a continuación.

INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN EL 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, A. C.
4. Instituto Jalisciense de Salud Mental de Estancia Breve de la Secretaria de Salud.
5. Instituto Jalisciense de Salud Mental de Estancia Prolongada de la SSA.
6. Alcance Victoria A. C.
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. Instituto de Formación Integral Barrios Unidos A. C.
18. Ángeluz Vive. A. C.
19. Neovida A. C.
20. Regreso a la Vida A. C.
21. Centro de Desarrollo para Jóvenes Señor de la Misericordia de Tepatitlán. A. C.
22. Unidad de Internamiento de Centros de Integración Juvenil, A. C.
23. Esperanza de Vivir.
24. Grupo Providencia de Drogadictos Anónimos.
25. Hacienda del Lago.
26. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Ameca.
27. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Autlán de Navarro.
28. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de Zapotlán el Grande.
29. Módulo Comunitario de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el Centro de Salud de la Barca.

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

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

INDICADORES

SISVEA
RESULTADOS 2004

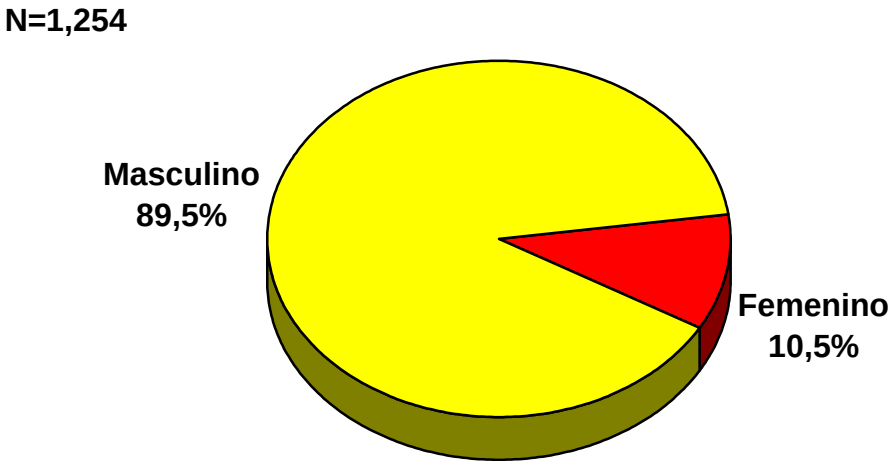
CONSUMO DE DROGAS

PACIENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE DROGAS EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

En este indicador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, se registraron 1,254 casos, los cuales fueron atendidos por las Instituciones y Organismos no Gubernamentales que participan en este Sistema y que se encuentran ubicados en la Zona Metropolitana de Guadalajara, durante el período comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2004, en quienes describiremos inicialmente las características sociodemográficas:

En cuanto a la distribución por género de la población que acudió demandando los servicios de estas unidades, prevalece con el 89.5% el sexo masculino y el 10.5% son pacientes del sexo femenino. **(Gráfico 1)**

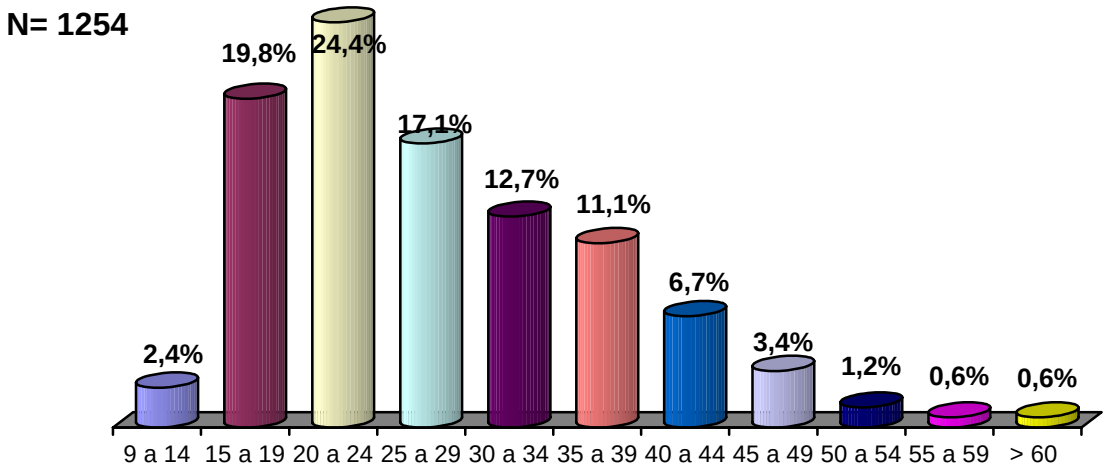
GRÁFICO 1 : DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



Fuente: SISVEA 2004

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 de las adicciones se encuentra entre los 20 a 24 años con el 24.4%; seguido por los jóvenes entre los 15 a 19 años con el 19.8%; el grupo de 25 a 29 años en tercer sitio con el 17.1%; en cuarto lugar tenemos al grupo de 30 a 34 años con el 12.7% y el 6.7% de los pacientes pertenece al grupo entre los 40 a 44 años. **(Gráfico Nº 2)**

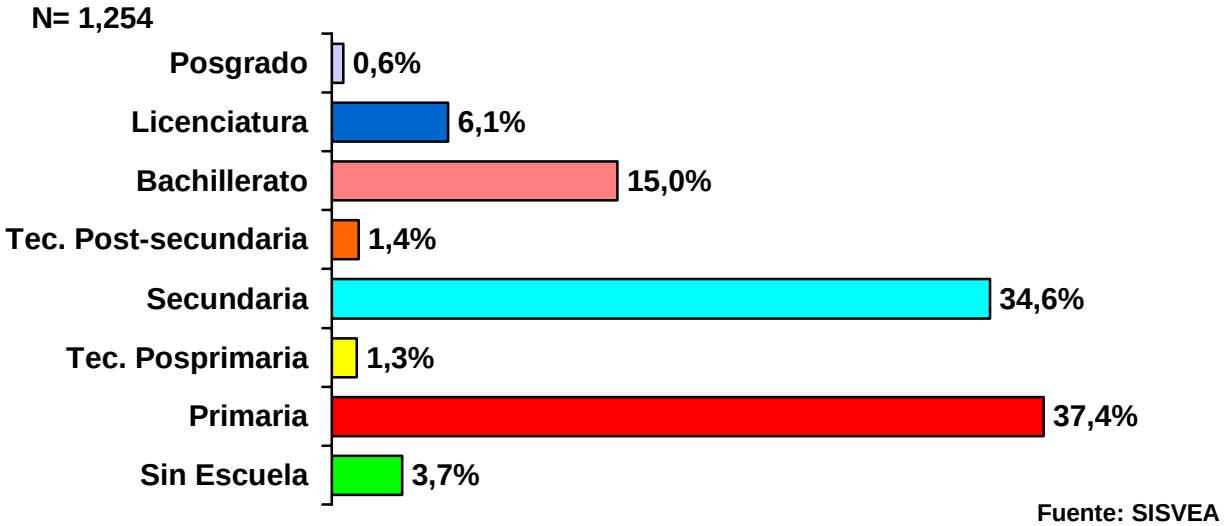
GRÁFICO 2 : EDAD DE AFLUENCIA A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS



Fuente. SISVEA 2004

En cuanto al **nivel de instrucción escolar** de los pacientes atendidos, la mayoría de los sujetos con el 37.4% refiere haber cursado la educación primaria, el 34.6% cursó la secundaria, el 15.0% el bachillerato, el 6.1% tiene el nivel de licenciatura, el 0.6% tiene un postgrado y el 3.7% no asistió a la escuela. **(Gráfico Nº 3)**

GRÁFICO 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR



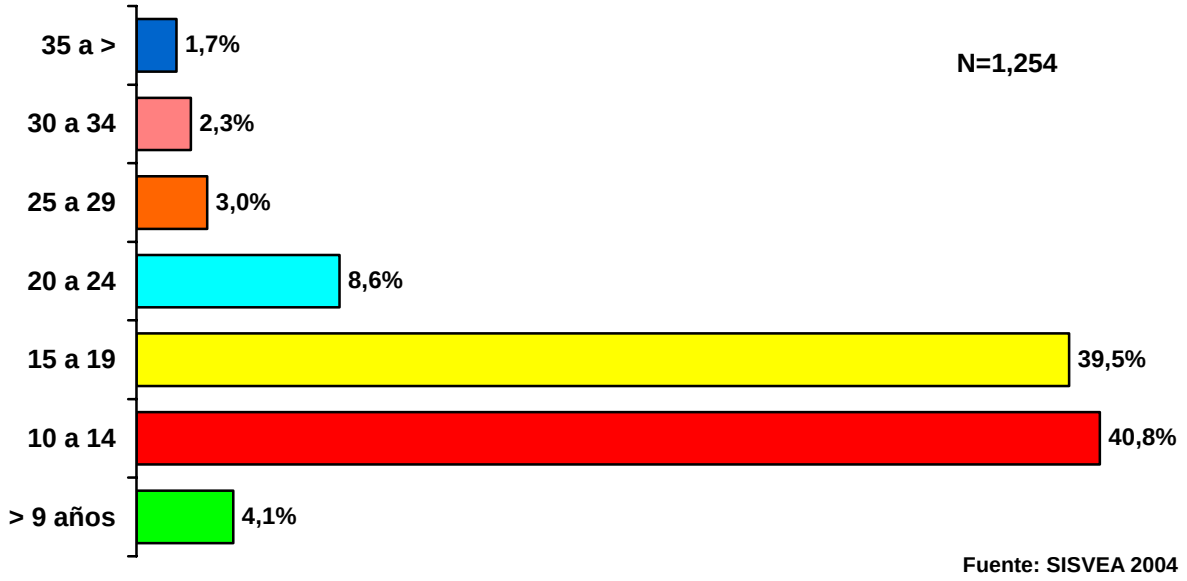
Fuente: SISVEA 2004

En lo que se refiere al **estado civil de los pacientes**, observamos que el 52.4% son solteros, el 25.8% se encuentran casados, el 9.4% están en unión libre, un 7.7% son separados, el 4.1% está divorciado y viudos el 0.6%.

En lo que refiere a la **actividad laboral** que desarrollan los pacientes el 28.5% refiere tener un trabajo fijo, el 23.9% se reporta como desocupado, el 23.2% desempleado, el 16.1% realiza algún trabajo ocasionalmente, el 2.6% son amas de casa. Llama la atención que la gran mayoría tiene una ocupación informal.

En lo que respecta a **la edad de inicio o de primer contacto con sustancias adictivas,** el grupo de mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas, se encuentra entre los jóvenes de los 10 a 14 años de edad con el 40.8%, seguidos por los de 15 a 19 años con el 39.5%, los de 20 a 24 años con un 8.6% y el 3% para las edades de entre 25 y 29 años. Es importante mencionar que para los menores de 9 años representa un 4.1%. **(Gráfico N° 4)**

GRÁFICO 4: EDAD DE INICIO PARA EL CONSUMO DE DROGAS



Al comentar sobre **las sustancias adictivas de primer contacto**, se refiere que el 31.5% inició con la marihuana, con bebidas de contenido alcohólico el 22.6%, con cocaína el 19.9%, con tabaco el 6.2% y los inhalables con el 8.7%, con proporciones menores al 3% se encuentran los tranquilizantes, la pasta base, el cristal, el crack y las anfetaminas. **(Ver Cuadro 1)**

CUADRO 1 DROGAS DE INICIO		
Tipo de Droga	**Número**	**Porcentaje**
Alcohol	283	22.6
Marihuana	395	31.5
Inhalables	109	8.7
Alucinógenos	2	0.2
Heroína	2	0.2
Cocaína	250	19.9
Tranquilizantes	32	2.6
Barbitúricos	1	0.1
Anfetaminas	1	0.1
Tabaco	78	6.2
Basuco	37	3.0
Cristal	26	2.1
Crack	30	2.4
Total	**1,254**	**100**

Dentro de lo que se refiere al **patrón de consumo** del uso y abuso de sustancias adictivas, observamos que el 62.4% las consume diariamente en más de tres ocasiones por día, el 15.6% las consume una vez por semana, el 1% es usuario de 2 a 3 veces por día y el 1.4% ingiere las sustancias entre 1 a 3 veces por mes. **(Cuadro Nº 2)**

CUADRO 2: PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS		
Patrón de consumo	**Número**	**Porcentaje**
Diario > 3 veces por día.	783	62.4
Diario de 2 a 3 veces por día.	12	1.0
Diario 1 vez por día.	10	0.8
De 2 a 3 veces por semana.	120	9.6
Una vez por semana.	195	15.6
De 1 a 3 veces por mes.	18	1.4
De 1 a 11 veces por año.	32	2.6
Total	**1,254**	**100**

Las **drogas que provocan mayor impacto,** los sujetos refirieron que en primer lugar se encuentra a la cocaína con 379 casos representando el 30.2 %; la pasta base fue referida por 90 pacientes correspondiendo al 13.7 %; en tercer sitio encontramos a la marihuana con el 13.1%; el crack con un 12.7%, el 7% corresponde a los tranquilizantes, el 4% a los inhalables y aparecen el cristal con el 7.8% y la heroína con el 1%. **(Cuadro Nº 3)**

CUADRO 3: DROGAS DE MAYOR IMPACTO		
Tipo de Droga	Número	Porcentaje
Alcohol	59	4.7%
Marihuana	164	13.1%
Inhalantes	66	5.3%
Alucinógenos	13	1%
Heroína	13	1%
Opio / Morfina	18	1.4%
Cocaína	379	30.2%
Tranquilizantes	88	7%
Anfetaminas	10	0.8%
Tabaco	12	1%
Basuco	172	13.7%
Cristal	98	7.8%
Flunitracepam	1	0.1%
Crack	159	12.7%
Total	1,254	100

CONCLUSIONES

- El sexo masculino es el que con mayor frecuencia acude a solicitar tratamiento para el problema de consumo de sustancias adictivas.

- Los jóvenes son los que acuden en un mayor número a las Instituciones y Organismos No Gubernamentales a solicitar tratamiento y se encuentran entre los 15 a los 19 años y de 20 a 24 años de edad con el 19.8% y 24.4% respectivamente.

- El nivel de escolaridad que predomina es bajo, ya que el 34.6% cursó la secundaria, el 37.4% la primaria y el 3.7% manifiesta no contar con instrucción educativa.

- Más de la mitad de los consumidores reportaron que la frecuencia actual de consumo de drogas es de más de 3 veces al día con el 62.4%.

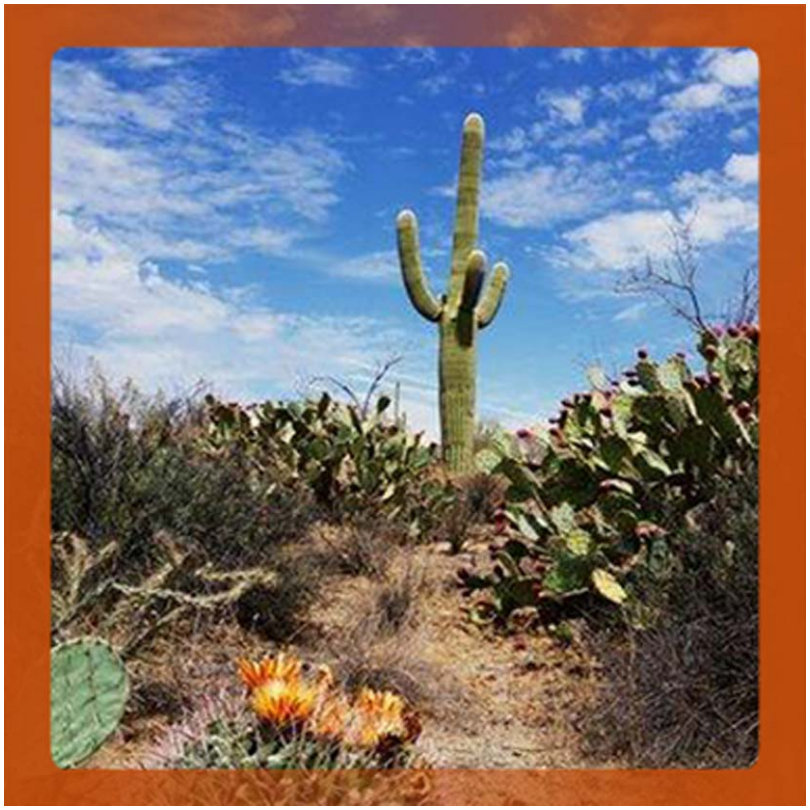
- El riesgo para iniciar el consumo de drogas se encuentra en los adolescentes y jóvenes, ya que se observó que en los grupos de los 10 a 14 años y entre los 15 a 19 años se registró el 40.8% y 39.5% respectivamente, en ambos grupos suman el 80.3%.

- Cabe intensificar las acciones preventivas en los grupos vulnerables, tomando en cuenta a aquellos niños menores de 9 años, puesto que el 4.1% 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, la marihuana y el crack son las drogas que causan mayor impacto, de acuerdo a lo reportado por los pacientes que fueron atendidos.

LA HISTORIA NATURAL EN EL CONSUMO DE DROGAS



SISVEA RESULTADOS 2004

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 2004, es posible analizar la historia de consumo de una segunda y tercer droga, de acuerdo a la primera sustancia adictiva con la cual el paciente estuvo en contacto. Lo que refleja que una persona que se inicia en el consumo de drogas tiene muchas probabilidades de incrementar el consumo de ésta y otras drogas, a esta secuencia de uso le hemos llamado la historia natural del consumo de drogas.

HISTORIA NATURAL DE CONSUMO DE ALCOHOL

En la figura número 1, se puede observar que 283 pacientes refirieron haber **iniciado con bebidas alcohólicas**, sólo 31 sujetos refirieron ser monousuarios de alcohol y 252 pacientes que representan **el 89% consumen una segunda droga**, encontrando en orden de preferencia a la cocaína con el 51.2%; seguida por la marihuana con 29.4% y los tranquilizantes con un 6%; el crack lo usó el 2.8%, el mismo porcentaje para el tabaco, el 1.6% para el cristal, para el opio/morfina y derivados, el 1.2% la pasta base o basuco, siendo las menos comunes los alucinógenos. De los 252 pacientes usuarios de dos drogas, 145 sujetos que corresponden a **57.5% pasaron a consumir una tercer droga,** siendo éstas la cocaína con el 33.8%, seguida por la marihuana con 14.5%, el cristal alcanzó un 13.8%, los tranquilizantes y basuco con 9.7% y el 9% respectivamente, los solventes volátiles ó inhalantes fueron consumidos como tercer sustancia en el 7.6% y el 2.8% consumió crack. En este nivel de consumo aparecen en forma importante las anfetaminas y los alucinógenos. **(Figura 1)**

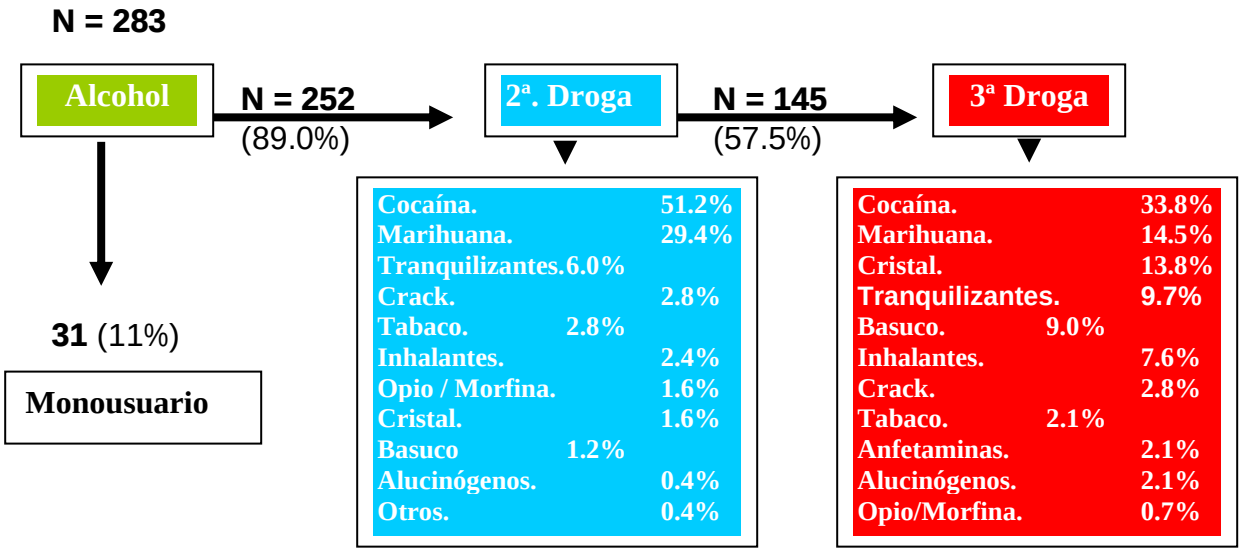


FIGURA 1: Historia Natural del Consumo de Alcohol

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE MARIHUANA

De los pacientes que refirieron que **la marihuana fue su primer droga de contacto** encontramos a 395 sujetos, de los **cuales 344 que representan el 89% usan una segunda sustancia,** siendo las drogas de mayor consumo la cocaína, los inhalantes y los tranquilizantes con 41.3%, 17.4% y un 11.6% respectivamente, las bebidas con contenido alcohólico representan el 9.3%, el basuco y el crack el 5.2% para cada uno, un 2% consumió anfetaminas y en menor proporción los alucinógenos, el opio, morfina y derivados. **261** sujetos que representan el **75.9% de los pacientes afirmaron consumir una tercer sustancia adictiva**, encontrando como principales a la cocaína con 22.6%, el crack en un 17.2%, al basuco con el 14.9%, 14.5% para los tranquilizantes, el cristal alcanzó el 4.6%, el tabaco en un 2.7% y en menor proporción están las anfetaminas, heroína, opio, morfina y derivados. **(Ver figura Nº 2)**

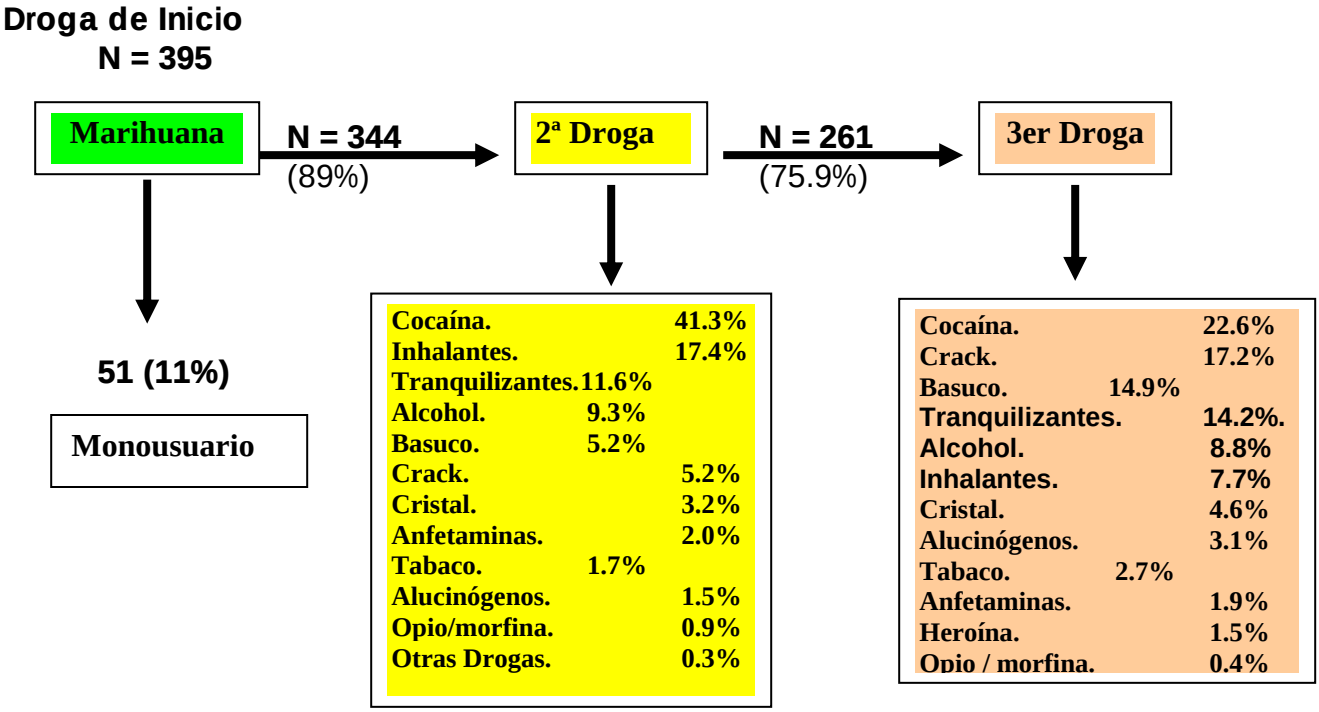


FIGURA 2: Historia Natural del Consumo de Marihuana

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE INHALANTES

Los pacientes que reportaron como **droga de inicio a los inhalantes** corresponden a 109 sujetos, de los cuales **104 (95.4%), aceptaron ser usuarios de una segunda droga**, encontrando que el 52.9% de los pacientes consumen marihuana, cocaína el 11.5%, tranquilizantes un 9.6%, alcohol con 7.7%, consumen tabaco el 2.9%, siendo la misma proporción para el basuco y el crack. En 88 casos **(84.6%) se reporta el consumo de una tercer sustancia adictiva** y por orden de importancia tenemos a la cocaína con el 37.5%, el crack es usado por el 15.9%, un 11.4% utiliza tranquilizantes, la marihuana con 10.2%, basuco en el 9.1%, alcohol el 5.7%, un 2.3% consume cristal y con proporciones menores encontramos a la heroína, el opio/morfina y derivados. **(Ver figura Nº 3)**

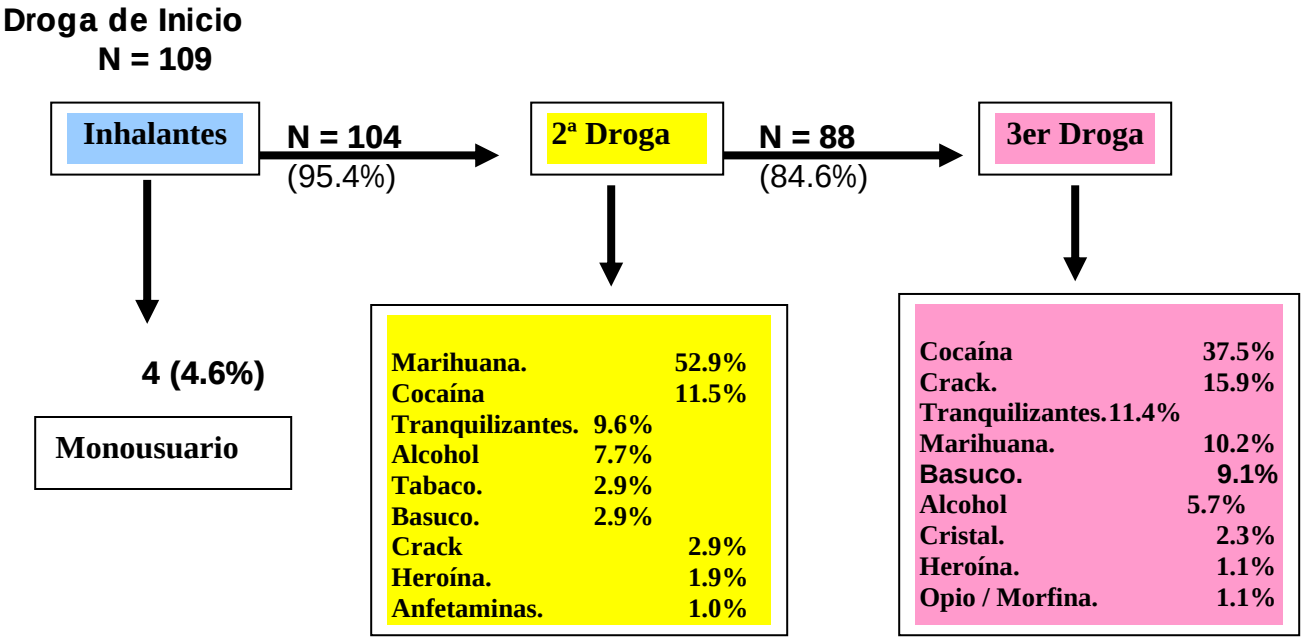


FIGURA 3: Historia Natural del Consumo de Inhalantes

HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA

De los pacientes que reportaron iniciar su farmacodependencia **con la cocaína** registramos a 250 sujetos, de los cuales 171 **(68.4%) aceptaron ser usuarios de una segunda droga,** reportándose como las de mayor uso a la marihuana en 25.1%, basuco con el 22.8%, el alcohol con un 20.5%, el crack alcanzó el 11.9%, el cristal con 7% y la heroína es consumida por el 2.3% de esta población. **El 46.8% de los pacientes pasaron a consumir una tercer droga** registrándose a 80 sujetos, encontrando como tercer droga de preferencia a la marihuana con el 20%, seguida por los tranquilizantes con un 16.3%, con 12.5% para el cristal y el crack para cada uno de ellos; el basuco en el 11.3% de los sujetos, las bebidas alcohólicas con 10%, el 8.8% consumió inhalantes y con menor proporción se registró a la heroína, opio y tabaco con 1.3% para cada uno. **(Ver figura Nº 4)**

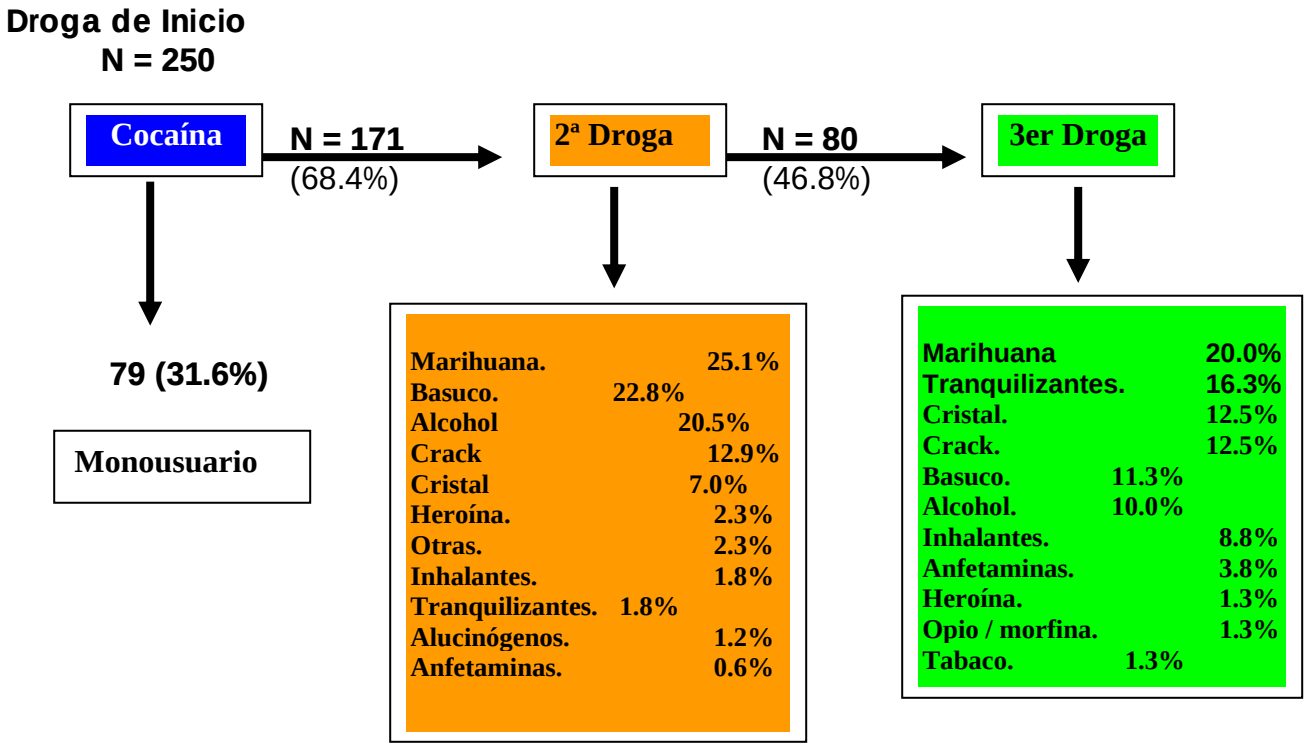


FIGURA 4: Historia Natural del Consumo de Cocaína

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, donde un solo sujeto, que representa al **50% utilizó una segunda droga**, que fue la pasta base ó basuco. **(Ver figura Nº 5)**

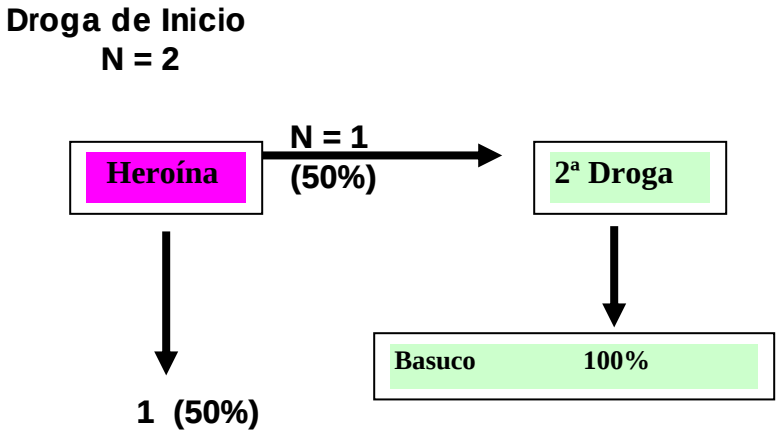


FIGURA 5: Historia Natural del Consumo de Heroína

CONSUMO DE DROGAS POR REGIONES

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

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

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

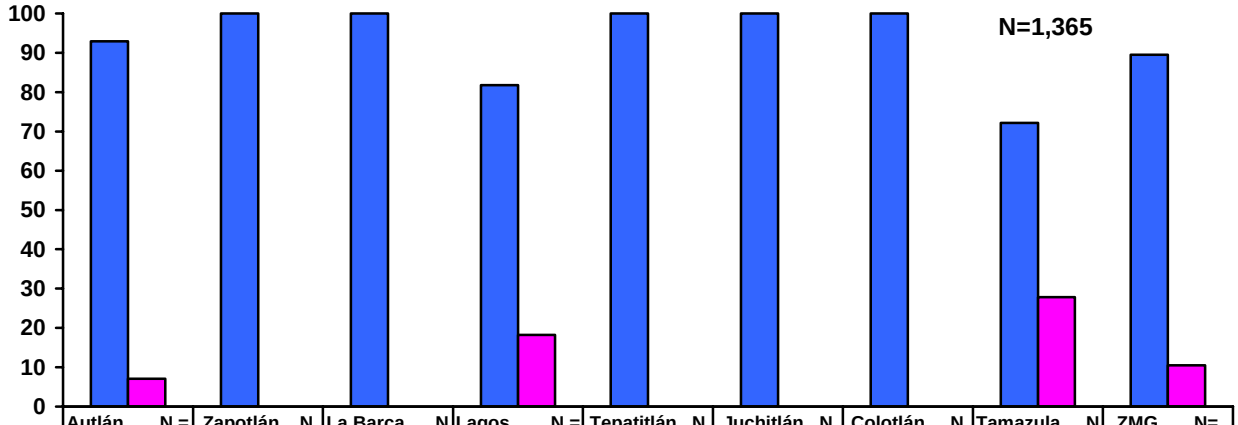
Cabe hacer la aclaración que el resto de las Regiones Sanitarias, que atendieron poca cantidad de pacientes para tratamiento de adicciones y que debido al tamaño de la muestra, no fue posible hacer el análisis porcentual.

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 Zona Metropolitana de Guadalajara, se tomarán las 4 Regiones Sanitarias que la conforman, como se describe a continuación en el **cuadro No 4.**

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

Con relación a la distribución por sexo, en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, se observa predominio en el sexo masculino en prácticamente todas ellas, es de hacer notar que en todos los casos atendidos en Zapotlán el Grande, La Barca, Tepatitlán, Juchitlán y Colotlán pertenecen a este género. **(Ver Gráfico Nº 5)**

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



	Autlán N = 28	Zapotlán N = 2	La Barca N = 3	Lagos N = 33	Tepatitlán N = 13	Juchitlán N = 13	Colotlán N = 1	Tamazula N = 18	ZMG N= 1254
Masculino	92,9	100	100	81,8	100	100	100	72,2	89,5
Femenino	7,1	0	0	18,2	0	0	0	27,8	10,5

Fuente: SISVEA 2004

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 20 a 24 años fueron los que presentaron mayor afluencia en las Regiones del Estado con sede en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Juchitlán, el grupo de 15 a 19 años se presentó con mayor frecuencia en Tepatitlán, Tamazula, y la Zona Metropolitana de Guadalajara, así como en Autlán de Navarro. Sólo en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Lagos de Moreno se atendieron a pacientes menores de 14 años de edad con el 2.4% y 10.1% respectivamente.
(Ver cuadro Nº 5)

CUADRO 5: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA.									
Grupo de edad	**ZMG N=1254**	**Autlán N = 28**	**Zapotlán N = 2**	**La Barca N = 3**	**Lagos N = 33**	**Tepatitlán N = 13**	**Juchitlán N = 13**	**Colotlán N = 1**	**Tamazula N = 18**
< 14	2.4	-	-	-	10.1	-	-	-	-
15 - 19	19.8	25	-	-	6.1	30.8		100	27.8
20 - 24	24.4	14.3	-	33.3	24.3	7.7	38.5	-	27.8
25 - 29	17.1	25	50	-	27.4	7.7	15.4	-	27.8
30 - 34	12.7	10.7	-	33.3	6.1	30.8	7.7	-	11.1
35 - 39	11.1	7.1	-	33.4	12.2	7.7	-	-	5.5
40 - 44	6.7	14.3	-	-	9.2	15.4	7.7	-	-
45 – 49	3.4	3.6	-	-	6.1	-	7.7	-	-
50 – 54	1.2	-	-	-	-	-	7.7	-	-
55 – 59	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-
60 – 64	0.6	-	50	-	3	-	-	-	-
65 - >		-	-	-	-	-	15.4	-	-

De las **formas en que acuden los pacientes a solicitar el tratamiento** a los diferentes establecimientos, la más efectiva es cuando acuden voluntariamente, el mayor índice se observó en la Zona Metropolitana de Guadalajara, La Barca, Juchitlán y Colotlán; mientras que por la invitación de amigos y familiares, se presentó con mayor frecuencia en Tepatitlán y Tamazula de Gordiano; para el caso de los que acudieron por indicación médica fue en Autlán y Lagos de Moreno. **(Ver cuadro Nº 6).**

CUADRO 6: FORMA EN QUE ACUDEN A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA.									
Forma en que acude	**ZMG N=1254**	**Autlán N = 28**	**Zapotlán N = 2**	**La Barca N = 3**	**Lagos N = 33**	**Tepatitlán N = 13**	**Juchitlán N = 13**	**Colotlán N = 1**	**Tamazula N = 18**
Voluntaria	65.2	39.3	-	66.7	3.0	7.7	92.3	100	44.4
Amigo/ familia	25	17.8	50	33.3	12.5	84.6	-	-	55.6
Médica	8.5	42.9	-	-	72.4	7.7	7.7	-	-
Legal	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras.	0.8	-	50	-	12.1	-	-	-	-

En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de sustancias adictivas, como es de suponer, existen semejanzas y diferencias en cada área geográfica del Estado, vale la pena destacar que en la mayoría de las Regiones Sanitarias, la edad de inicio más frecuente se encuentra entre el grupo de los 10 a 14 años en las siguientes Regiones: Zona Metropolitana de Guadalajara con el 40.8%, en Autlán de Navarro

con 57.2%, un 66.7% en La Barca y el 84.6% en Tepatitlán; en Tamazula, Colotlán y Juchitlán la edad de inicio se presentó con mayor frecuencia entre el grupo de jóvenes entre los 15 a 19 años de edad. Cabe mencionar que en la Zona Metropolitana de Guadalajara y en la Región de Autlán se registraron casos en menores de 9 años. **(Ver cuadro Nº 7).**

CUADRO 7: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA									
Grupo de edad	**ZMG N=1254**	**Autlán N = 28**	**Zapotlán N = 2**	**La Barca N = 3**	**Lagos N = 33**	**Tepatitlán N = 13**	**Juchitlán N = 13**	**Colotlán N = 1**	**Tamazula N = 18**
5 -9	4.1	7.1							
10 -14	40.8	57.2	50	66.7	39.4	84.6	7.7		16.7
15 - 19	39.5	25.2	50	33.3	39.4	15.4	38.5	100	61.1
20 - 24	8.6	10.5			18.2		23.0		16.7
25 - 29	3				3		15.4		
30 - 34	2.3								
35 - >	1.7						15.4		5.5

De las **drogas que se registraron como sustancias de inicio**, encontramos en primer lugar a la marihuana en las siguientes Regiones: Zona Metropolitana de Guadalajara, en Autlán, La Barca, Lagos de Moreno, Tepatitlán, Juchitlán y Tamazula, en segundo lugar encontramos a los inhalantes en regiones como son Autlán, La Barca, y como tercer droga en Lagos de Moreno. La Cocaína representa datos importantes como droga de inicio en Guadalajara, La Barca, Juchitlán y Tamazula. **(Ver cuadro Nº 8).**

CUADRO 8: DROGAS DE INICIO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA									
Tipo de droga	**ZMG N=1254**	**Autlán N = 28**	**Zapotlán N = 2**	**La Barca N = 3**	**Lagos N = 33**	**Tepatitlán N = 13**	**Juchitlán N = 13**	**Colotlán N = 1**	**Tamazula N = 18**
Alcohol	22.6	21.4	100		30.3				
Marihuana	31.5	25		33.3	36.4	69.2	53.8		55.6
Inhalantes	8.7	25		33.3	21.2				5.6
Alucinógenos	0.2								
Heroína	0.2								
Opio / morfina	-							100	5.6
Cocaína	19.9	10.7		33.4			30.4		16.4
Tranquilizantes	2.6								5.6
Anfetaminas	0.1								
Tabaco	6.2	17.9			12.1	30.8			5.6
Basuco / pasta base	3.0								
Cristal	2.1						15.4		5.6
Crack	2.4								

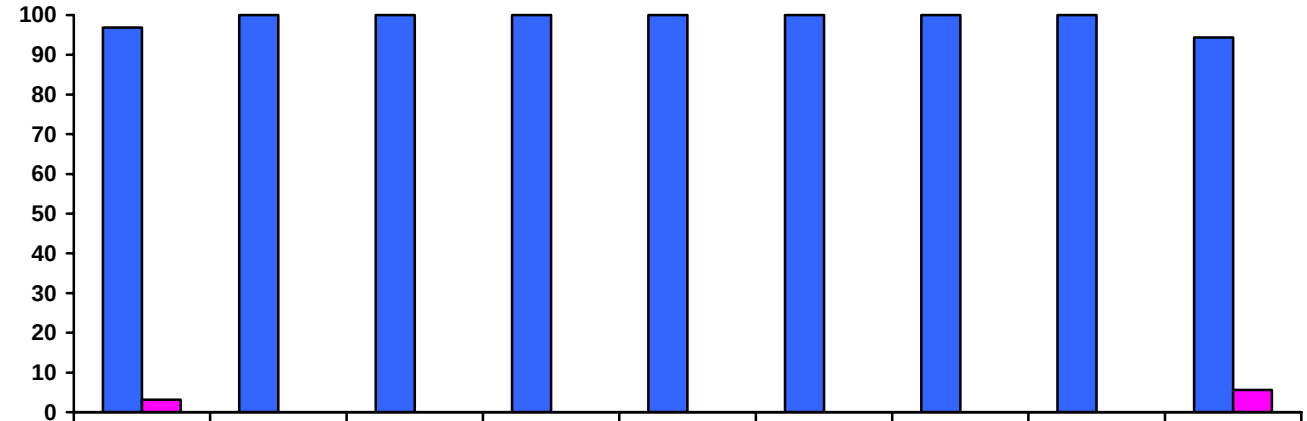
De las **drogas que causan mayor impacto** se captó a la marihuana en la Región de La Barca, Lagos de Moreno y Juchitlán; para las Regiones de Autlán, Tepatitlán y Tamazula se reportó a la cocaína. El 38.5% y el 33.3% de los pacientes de Juchitlán y Tamazula de Gordiano registran como droga de mayor impacto al cristal. **(Ver cuadro Nº 9)**

CUADRO 9: DROGAS DE IMPACTO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA									
Tipo de droga	**ZMG N=1254**	**Autlán N = 28**	**Zapotl N = 2**	**La Barca N = 3**	**Lagos N = 33**	**Tepati tlán N = 13**	**Juchi tlán N = 13**	**Colo tlán N = 1**	**Tama zula N = 18**
Alcohol	4.7	3.6	50		3.0				
Marihuana	13.1	17.9		33.3	39.4	15.4	30.8		5.6
Inhalantes	5.3	21.5		33.3	18.2				5.6
Alucinógenos	1								
Heroína	1								
Opio / morfina	1.4		50				7.7	100	
Cocaína	30.2	46.4			12.1	76.9	7.7		16.6
Tranquilizantes	7				9.1				33.3
Barbitúricos	0.1								
Anfetaminas	0.1				3.0				
Tabaco	6.2	3.6							
Basuco / pasta base	3			33.4			7.7		
Cristal	2.1	7.1			9.1	7.7	38.5		33.3
Flunit.	0.4								
Crack	2.4				6.1		7.7		5.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

En las Regiones que se consumen drogas por vía intravenosa, se reportaron casos atendidos en la Zona Metropolitana de Guadalajara y en Tamazula. En el resto de las Regiones no se registró ningún caso. **(Ver Gráfico Nº 6)**

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



	ZMG	Autlán	Zapotlán	La Barca	Lagos	Tepatitlán	Juchitlán	Colotlán	Tamazula
NO	96,9	100	100	100	100	100	100	100	94,4
SI	3,1	0	0	0	0	0	0	0	5,6

Fuente: SISVEA 2004

CONCLUSIONES

1. El sexo más afectado en lo que se refiere al consumo de drogas en todas las Regiones Sanitarias es el masculino, con una relación hombre/mujer de 9/1.

2. La edad de afluencia a los Centros de Tratamiento se encontró en un mayor porcentaje a los jóvenes entre los 15 a 29 años.

3. La edad de atención fue mayor entre los pacientes que contaban entre los 20 a 24 años, seguido por los de 15 a 19 años de edad.

4. Sólo en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Lagos de Moreno se atendieron a pacientes con una edad menor a los 14 años.

5. Es necesario que el área médica realice diagnósticos y derivaciones oportunas a los diferentes establecimientos que ofrecen estos servicios, ya que el índice de pacientes referidos a la atención es considerado bajo.

6. Los grupos de edad más vulnerables para iniciarse al consumo de drogas es el de 10 a 14 años, los encontramos en la Zona Metropolitana de Guadalajara y en las Regiones de Autlán, Zapotlán, La Barca y Tepatitlán.

7. Entre los 15 a 19 años se registró como afluente en las Regiones de Zapotlán, Lagos de Moreno, Juchitlán, Colotlán y Tamazula.

8. Las sustancias de preferencia para iniciarse en el consumo de drogas son el alcohol, la marihuana y la cocaína.

9. Las drogas que causan mayor impacto son la cocaína y marihuana en Autlán de Navarro, Tepatitlán, Juchitlán, La Barca y la Zona Metropolitana de Guadalajara.

10. El uso de drogas vía intravenosa mostró un porcentaje mayor en la zona Metropolitana de Guadalajara con el 3.1% y en Tamazula de Gordiano con el 5.6%.

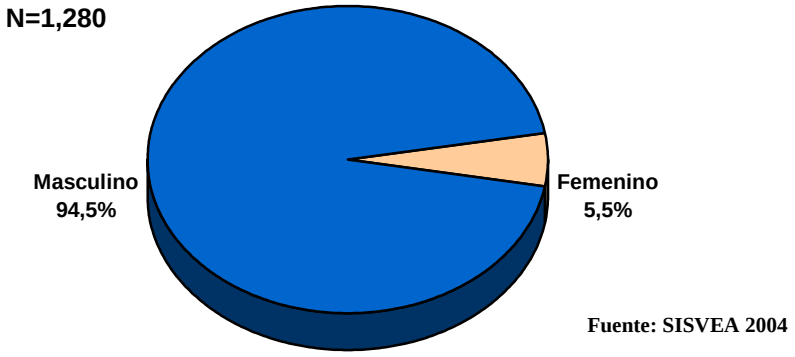
CONSUMO DE ALCOHOL

PACIENTES ATENDIDOS POR ALCOHOLISMO EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

Los resultados que arroja el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en el presente indicador, están representados por los pacientes que acudieron a los diferentes Centros de Tratamiento que aportan su información al SISVEA y que se encuentran ubicados dentro de la **Zona Metropolitana de Guadalajara y los Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones durante el año 2004,** registrándose un total de 1,280 pacientes, que para facilitar la interpretación de los resultados se describirán por partes, iniciando por las características sociodemográficas.

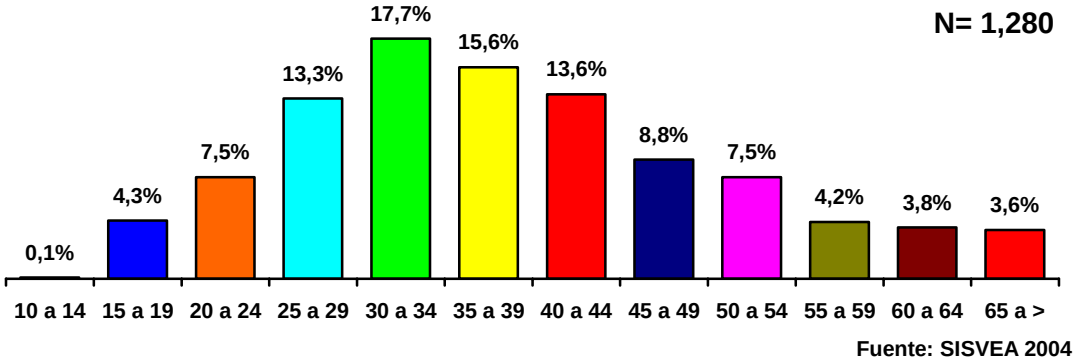
De acuerdo a la **distribución por sexo de la población que acude a demandar el tratamiento** para el uso y abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo, el sexo masculino predomina con un 94.5% y en el femenino sólo con el 5.5%. **(Ver Gráfico Nº 7)**

GRÁFICO 7: PACIENTES ANTENDIDOS POR ALCOHOLISMO SEGÚN GÉNERO



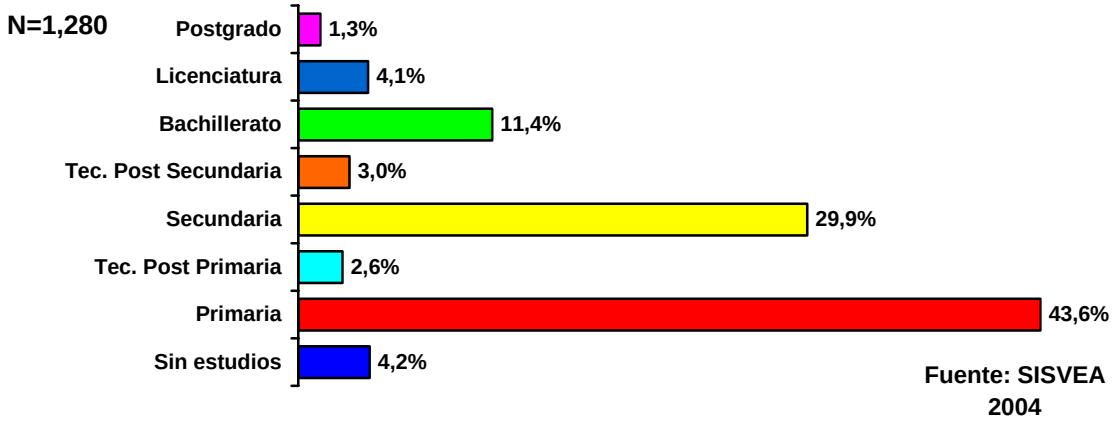
La **edad de afluencia** para acudir a los Centros de Tratamiento y solicitar la ayuda, se encontró que quien mayormente demanda la atención, es el grupo entre los 30 a 34 años con el 17.7%, seguidos por el de 35 a 39 años con el 15.6%, con el 13.6% los de 40 a 44 años y el 13.3% para los de 25 a 29 años, el de 45 a 49 años con el 8.8%, el 7.5% se registró para los grupos entre los 20 a 24 años y de 50 a 54 años, 4.3% los de 15 a 19 años, de 55 a 59 años con el 4.2% y el de 10 a 14 años con sólo el 0.1%. **(Ver gráfico Nº 8)**

GRÁFICO 8: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO



En cuanto a **la escolaridad** de los pacientes, observamos que el 43.6% cursó la primaria, el 29.9% la secundaria, el 11.4% el bachillerato, el 4.2% es analfabeta, el 4.1% tiene licenciatura y el 1.3% cuenta con un postgrado. **(Ver gráfico Nº 9)**

GRÁFICO 9: ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

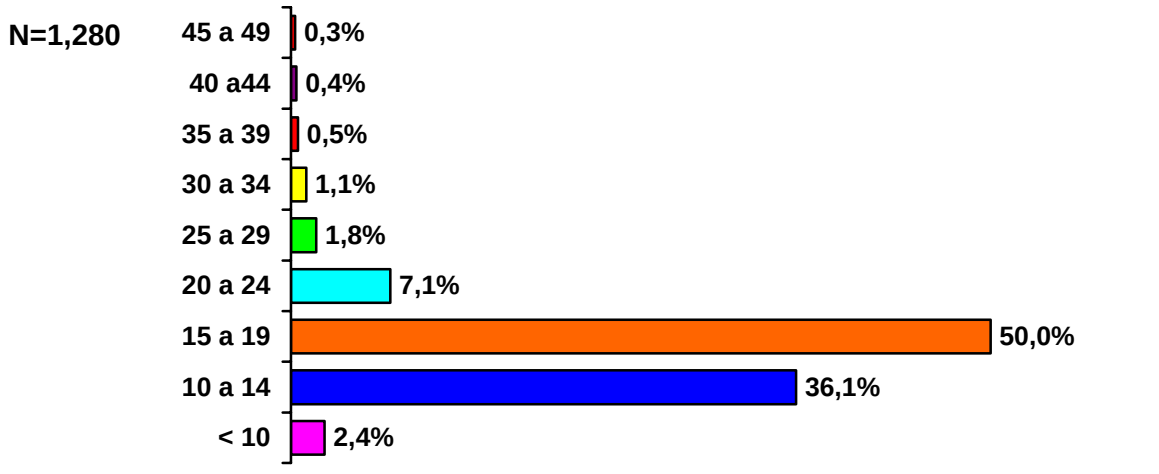


En relación al **estado civil** de los pacientes con problema de alcoholismo, se encontró que el 42.1% está casado, el 36.3% son solteros, separados son el 7.7%, el 6.6% se encuentran en unión libre, el 5.3% es divorciado y el 2% son viudos.

Con relación a la **forma en que acuden** a recibir tratamiento, la estrategia que logra mayor éxito es cuando acuden en forma voluntaria y son un 50.9%, los que son motivados por los amigos y familiares representan el 46.1%, el 2.3% lo hace por indicación médica; y por indicación legal encontramos el 0.8%.

Refiriéndonos a la **edad de inicio en el uso y abuso de bebidas** que contienen alcohol, el 50% inició entre los 15 a 19 años, el 36.1% entre los 10 a 14 años y el 7.1% entre los 20 a 24 años y el 2.4% lo hizo entre los 5 a 9 años. Como podemos observar la edad más vulnerable para iniciarse en el uso y abuso de las bebidas alcohólicas son los jóvenes hasta los 19 años y en edades posteriores el riesgo de iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas disminuye considerablemente como se ilustra en el **gráfico nº 10.**

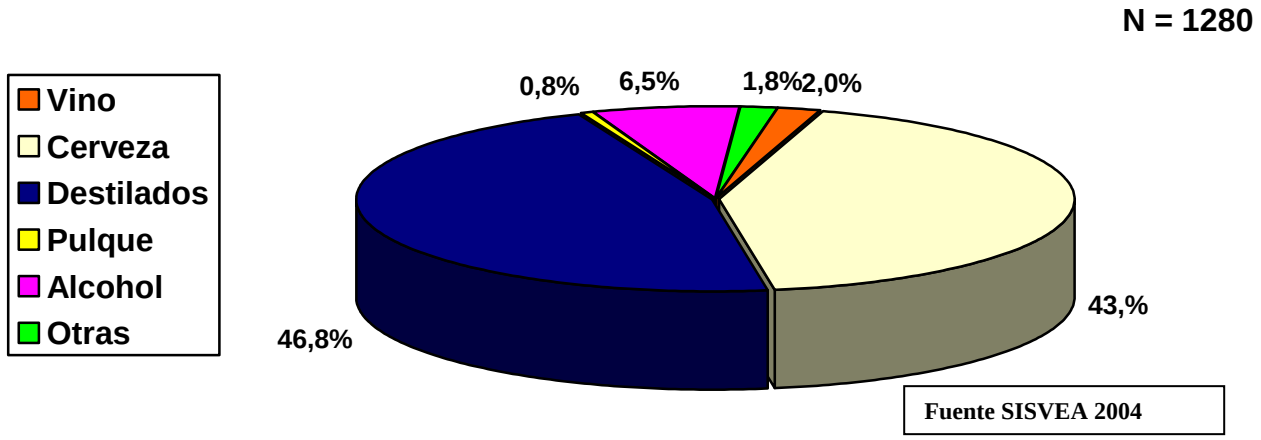
GRÁFICO 10: PACIENTES ATENDIDOS POR ALCOHOLISMO SEGÚN EDAD DE INICIO



Fuente: SISVEA 2004

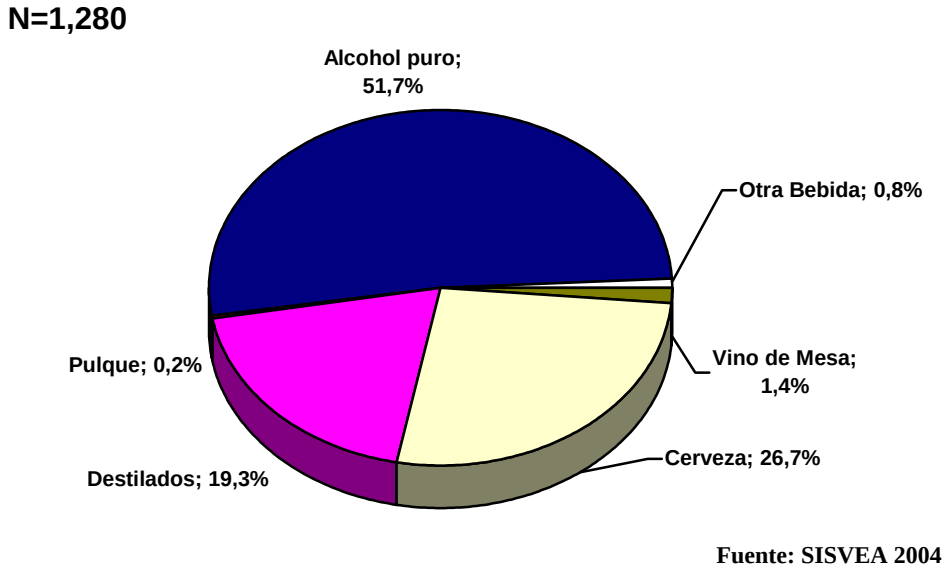
Con relación al tipo de **bebidas alcohólicas de inicio**, encontramos en primer lugar a los destilados como el tequila, ron o brandy con el 46.8%, en segundo lugar la cerveza con un 43%, el 6.5% de los pacientes refirió iniciar con alcohol de 96ºGL, en menor proporción se registraron el vino de mesa con el 2% y el 0.8% con pulque. **(Ver Gráfico Nº 11)**

GRÁFICO 11: TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA DE INICIO



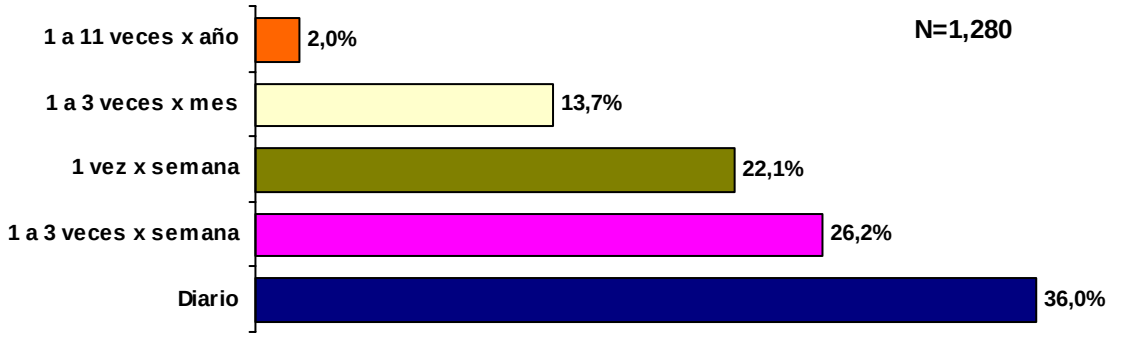
En cuanto a los **tipos de bebida que se consumen actualmente** por estos pacientes que ya desarrollaron síndrome de dependencia, observamos que es el alcohol de 96ºGL con un 51.7%, la cerveza con el 26.7%, 19.3% consume los destilados, el 1.4% usa el vino de mesa y el pulque con el 0.2%. **(Ver gráfico Nº 12)**

GRÁFICO 12: TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA DE CONSUMO ACTUAL



Cabe hacer mención que el **patrón de consumo de bebidas alcohólicas** que más frecuentemente encontramos son los usuarios consuetudinarios, ya que el 36% lo consume diario, el 26.2% lo consume entre 1a 3 ocasiones por semana, el 22% lo consume una vez a la semana y entre 1a 3 veces por mes con el 13.7%, y sólo el 2% lo utiliza de 1 a 11 veces al año. **(Ver gráfico Nº 13)**

GRÁFICO 13: PACIENTES ALCOHÓLICOS SEGÚN PATRÓN DE CONSUMO.

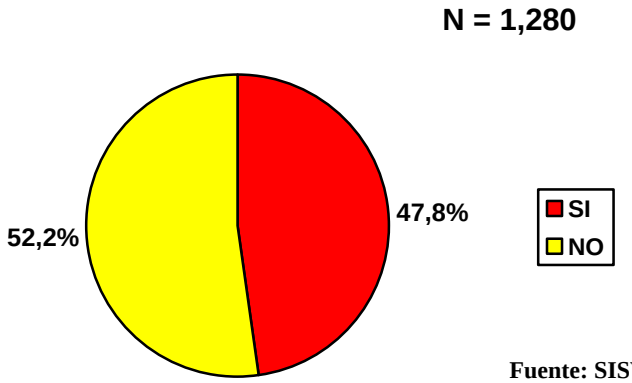


Fuente: SISVEA 2004

Con relación a **la cantidad de consumo** de bebidas alcohólicas por ocasión, tenemos que la gran mayoría son usuarios fuertes, puesto que el 31.5% consume entre 1a 5 copas al día, el 29.5% ingiere entre 6 a 10 copas, con más de 16 copas, el 27.2% y el 11.9% de 11 a 15 copas.

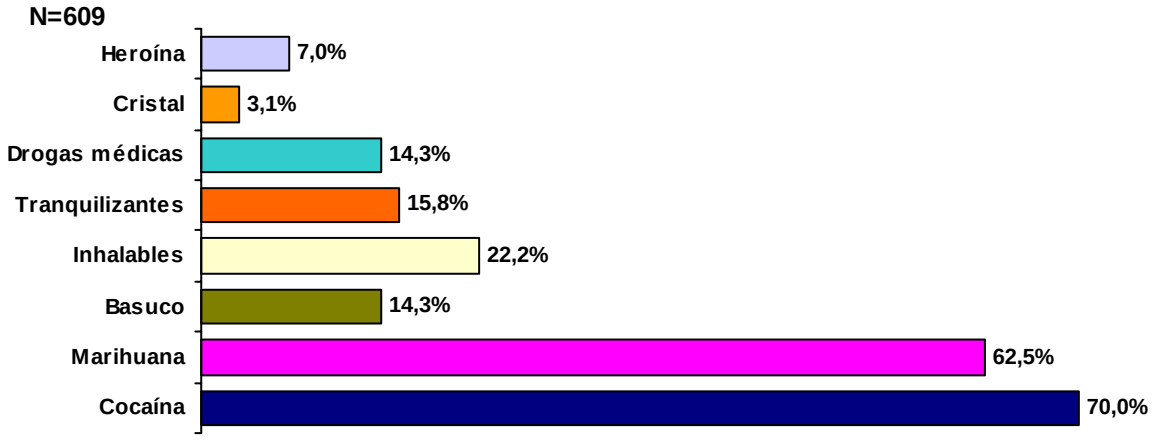
En lo que corresponde a los **pacientes que aceptaron haber tenido experiencias con otras drogas, encontramos con respuesta afirmativa a 609 sujetos, lo que representa el 47.8%.** De ellos, 426 que representa el 70% han experimentado con cocaína, el 62.5% con marihuana y el 43.7% utiliza el basuco, el 22.2% utiliza los inhalables, 15.8% los tranquilizantes, las drogas médicas con el 14.3%, el 7.7% ha experimentado con la heroína y con cristal el 3.11%. **(Ver gráfico n º 14 Y 15)**

GRÁFICO 14: PACIENTES ALCOHÓLICOS SEGÚN EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS



Fuente: SISVEA 2004

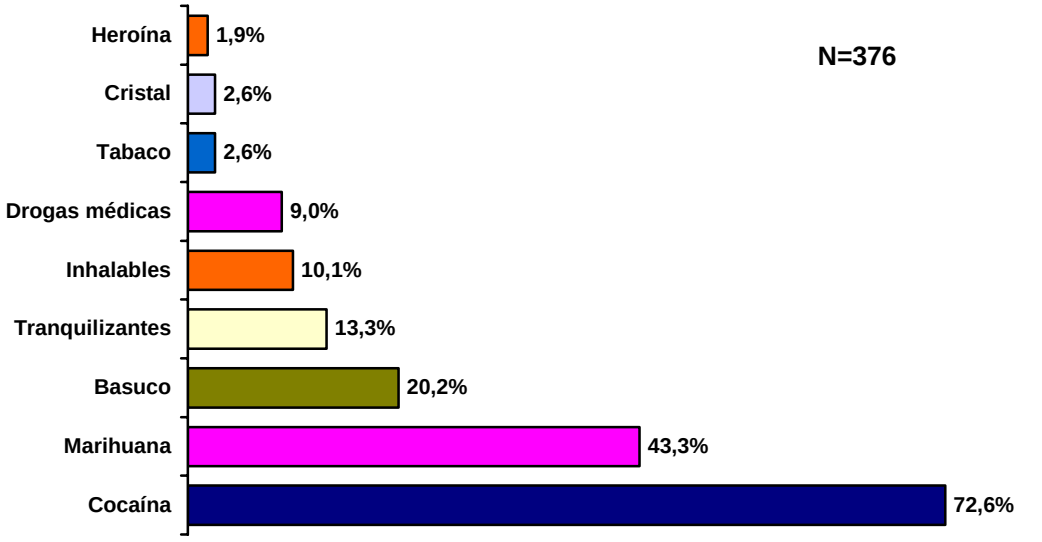
GRÁFICO 15: PACIENTES CON EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS SEGÚN TIPO



Fuente: SISVEA 2004

De los **609 sujetos que han tenido experiencias con otras drogas, 376 pacientes que representa el 61.8% refirieron combinar el alcohol con otras drogas**, encontrando como de mayor preferencia a la cocaína con el 72.6%, seguido por la marihuana con un 43.3%, el basuco con el 20.2%, los tranquilizantes con 13.3%, 10.1% para los inhalantes, con el 9% para las drogas médicas, el 2.6% corresponde para el tabaco y el cristal para cada una de ellas y en un 1.9% corresponde a la heroína. **(Ver Gráfico Nº 16)**

GRÁFICO 16: PACIENTES QUE COMBINAN EL ALCOHOL CON OTRAS DROGAS SEGÚN TIPO.



Fuente: SISVEA 2004

Como podemos observar en el **cuadro número 10** el porcentaje de pacientes que reúnen los **criterios de dependencia al alcohol,** encontramos que el 74.3% refiere que se ha despertado sudoroso o tembloroso por la necesidad de tomar alcohol, el 81.1% refiere que ha estado borracho durante varios días, el 79.9% ha tenido que tomar más para sentir los mismos efectos y el 81.8% una vez que empieza a tomar le es difícil parar antes de sentirse completamente ebrio, el 68.3% tiene dificultad para dejar de beber a pesar de habérselo propuesto.

CUADRO 10: CRITERIOS DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	**SI %**	**NO %**
¿Me he despertado, sudoroso o tembloroso porque me hace falta tomar alcohol?	74.3	25.7
¿He estado borracho durante varios días?	81.1	18.9
¿Una vez que empiezo a tomar, me es difícil parar antes de sentirme completamente borracho?	81.8	18.2
¿Me he tomado una copa a la mañana siguiente de una borrachera para "curarme la cruda"?	84.9	15.1
¿Por estar bebiendo dejo de comer?	57.6	42.4
¿He notado cambios en mis hábitos de consumo de alcohol?	76.8	23.2
¿Tomo siempre igual no importando si es entre semana, fin de semana o si voy a alguna fiesta?	73	27
¿Alguna vez he tomado tanto que al día siguiente no puedo recordar lo que dije o hice?	80.2	19.8
¿Al dejar de tomar o reducir la cantidad que estaba tomando, he tenido temblores alguna vez?	68.3	31.7
¿Debido al consumo de alcohol he tenido que dejar de trabajar una semana o menos?	63.4	36.6
¿Mi consumo de bebidas alcohólicas ha interferido en actividades familiares y de otro tipo?	83.9	16.1
¿Cuándo siento la necesidad de una copa, no puedo concentrarme en otra cosa?	56.6	43.4
¿Tengo problemas para dejar de beber, a pesar de habérmelo propuesto?	81.1	18.9
¿He tratado de reducir el consumo pero no puedo?	77	23
¿He tenido que tomar más para sentir los mismos efectos?	79.9	20.1

CONCLUSIONES

- El sexo que más acude a solicitar tratamiento es el masculino con una relación de hombre/mujer de 9 a 1.

- La edad de inicio para consumir bebidas alcohólicas es entre los 5 a 19 años de edad.

- El grupo que demanda más frecuentemente la atención es el de 30 a 34 años, cuando en promedio han consumido bebidas alcohólicas durante años.

- La forma en que acuden a solicitar tratamiento, es de manera voluntaria y por la invitación de los familiares y amigos.

- Las bebidas alcohólicas de inicio en el consumo son los destilados y la cerveza.

- La bebida que mayormente se consume por la población que ya desarrolló síndrome de dependencia es el alcohol del 96ºGL y la cerveza.

- En lo que se refiere al patrón de consumo de las bebidas alcohólicas se encuentran los que consumen diario y los que consumen entre una a tres veces por semana, siendo más de 5 copas al día.

- El 47.8% de los pacientes refieren que han tenido experiencias con otras drogas, registrando por orden de frecuencia y de mayor preferencia la cocaína y la marihuana, así como al basuco y los tranquilizantes.

- El 61.8% de las personas que han usado otras drogas, refieren combinar el alcohol con otras sustancias.

CONSUMO DE ALCOHOL POR REGIONES

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

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

Los datos plasmados en este documento, representan a la población que acudió a solicitar tratamiento para dejar de consumir alcohol, en los Módulos ubicados en las Regiones Sanitarias de I Colotlán, II Lagos de Moreno, III Tepatitlán, IV La Barca, V Tamazula, VI Zapotlán el Grande, 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.

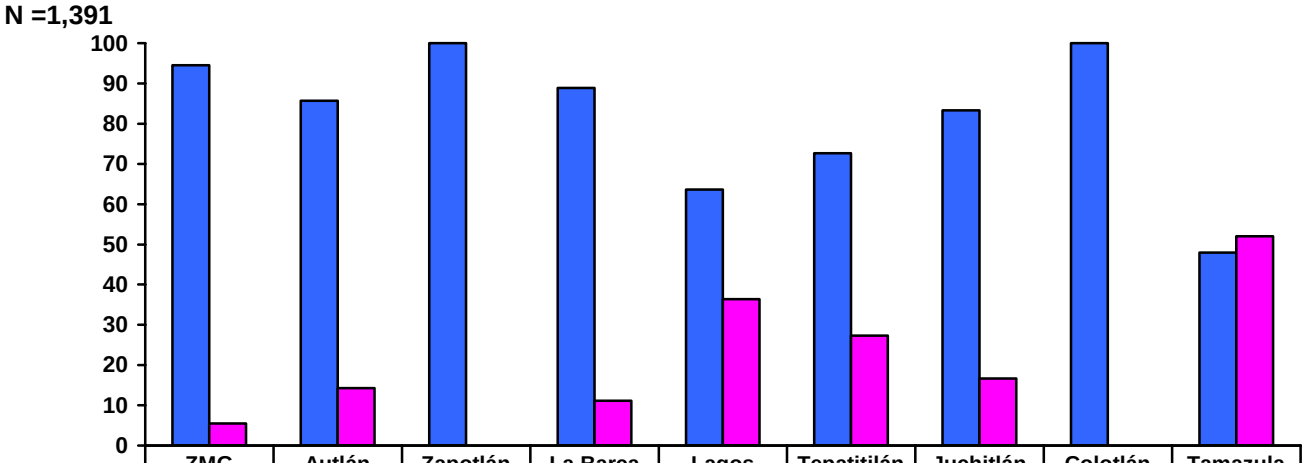
Para facilitar la interpretación de los resultados de cada una de las Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud, se mencionará el lugar sede del Módulo Comunitario de Salud Mental, el municipio donde se encuentra ubicado y para el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara se tomarán las 4 Regiones Sanitarias que la conforman, como se describe a continuación en el **cuadro No 11.**

CUADRO 11: REGIONES SANITARIAS DE LA SECRETARIA DE SALUD JALISCO.

Región Sanitaria	Sede.
I Colotlán.	Colotlán.
II Lagos de Moreno.	Lagos de Moreno.
III Tepatitlán.	Tepatitlán.
IV La Barca	La Barca
V Tamazula	Tamazula
VI Zapotlán el Grande	Zapotlán el Grande
VII Autlán.	Autlán de Navarro. Juchitlán.
X Hidalgo - Zapopan. XI Libertad - Tonalá. XII Reforma - Tlaquepaque. XIII Juárez - Tlajomulco.	Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG)

Con relación a la **distribución por sexo**, en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, se observa el predominio del sexo masculino en prácticamente todas las regiones estudiadas, el sexo femenino se presentó en mayor proporción sólo en Tamazula de Gordiano con el 52% **(Ver Gráfico Nº 17)**

GRÁFICO 17: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES TRATADOS POR ALCOHOLISMO POR REGIÓN SANITARIA



	ZMG N = 1280	Autlán N = 7	Zapotlán N = 2	La Barca N = 27	Lagos N = 11	Tepatitilán N = 11	Juchitlán N = 24	Colotlán N = 4	Tamazula N = 25
Masculino	94,5	85,7	100	88,9	63,6	72,7	83,3	100	48
Femenino	5,5	14,3	0	11,1	36,4	27,3	16,7	0	52

Fuente: SISVEA 2004

Con relación a la edad de afluencia a los establecimientos ubicados en las diferentes Regiones Sanitarias para el problema del alcoholismo, existen diferencias en sus porcentajes por la variabilidad de la muestra, para el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara se apreciaron mayor afluencia entre los grupos de 25 a 44 años, con mayor incidencia en el grupo de 30 a 34 años de edad, para el caso de La Barca, Lagos de Moreno, Tepatitlán, Colotlán y Zapotlán el Grande se manifestó una tendencia continua entre el grupo de 25 a 29 años de edad. En la Zona Metropolitana de Guadalajara se registró la atención de casos de menores de 14 años de edad, a diferencia de las otras regiones. **(Ver Cuadro Nº 12)**

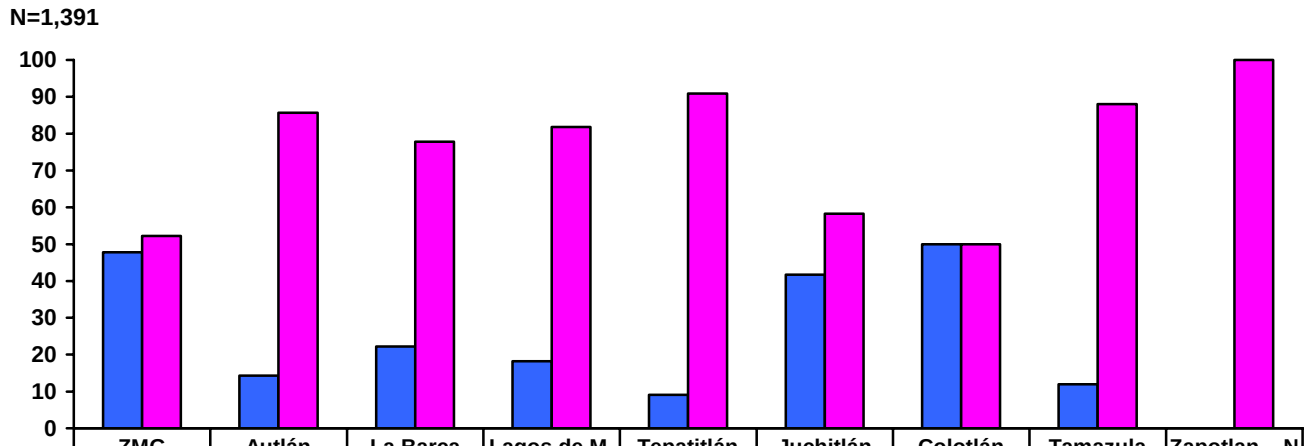
CUADRO 12: EDAD DE AFLUENCIA A ESTABLECIMIENTO PARA TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO POR REGIÓN SANITARIA									
Grupo de edad	ZMG N = 1,280	Autlán N = 7	Zapotlán N = 2	La Barca N = 27	Lagos N = 11	Tepatitlán N = 11	Juchitlán N = 24	Colotlán N = 4	Tamazula N = 25
< 14	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	4.3	28.6	-	7.4	9.1	9.1	8.3	-	32
20 - 24	7.5	14.2	50	18.5	9.1	-	16.6	-	8
25 - 29	13.3	28.6	50	25.9	27.3	18.2	4.2	50	8
30 - 34	17.7	14.3	-	22.2	9.1	9.1	16.6	25	8
35 - 39	15.6	14.3	-	7.4	27.3	27.2	4.2	-	16
40-44	13.6	-	-	7.4	9.1	9.1	8.3	-	4
45-49	8.8	-	-	-	9.1	9.1	16.6	25	8
50-54	7.5	-	-	3.7	-	18.2	12.7	-	8
55-59	4.2	-	-	-	-	-	4.2	-	8
60-64	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-
65 - >	3.6	-	-	7.4	-	-	8.3	-	-
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**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 el inicio se encuentra entre los jóvenes con el rango de edad de los 15 a 19 años en todas las regiones a excepción de Tepatitlán y Colotlán donde se presentó en el grupo de los 10 a los 14 años, es importante mencionar que se registraron pacientes que iniciaron a consumir alcohol antes de los 10 años de edad en la Zona Metropolitana de Guadalajara con el 2.4% de sus casos; en Autlán con el 14.3%, en La Barca con un 3.7% y en Juchitlán con el 8.2%. **(Ver Cuadro Nº 13)**

CUADRO 13: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA									
Grupo de edad	ZMG N = 1,280	Autlán N = 7	Zapotlán N = 2	La Barca N = 27	Lagos N = 11	Tepatitlán N = 11	Juchitlán N = 24	Colotlán N = 4	Tamazula N = 25
9 ó <	2.4	14.3	-	3.7	-	-	8.2	-	-
10 – 14	36.1	14.3	-	29.6	45.5	81.8	29.2	50	48
15 – 19	50.0	57.1	100	59.3	45.5	18.2	37.5	25	48
20 – 24	7.1	14.3	-	3.7	9	-	21	-	4
25 – 29	1.8	-	-	3.7	-	-	4.1	25	-
30 – 34	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 39	0.5		-	-	-	-	-		
40-44	0.4	-	-	-	-	-	-	-	
45-49	0.3	-	-	-	-	-	-	-	
50-54	-	-	-	-	-	-	-	-	
55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	
60-64	0.3	-	-	-	-	-	-	-	
65 - >	-	-	-	-	-	-	-	-	

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% tanto en la Zona Metropolitana de Guadalajara, como en Colotlán y Juchitlán. **(Ver Gráfico Nº 18)**

GRÁFICO 18 PACIENTES ATENDIDOS POR ALCOHOLISMO CON EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS POR REGIÓN SANITARIA



	ZMG N = 1280	Autlán N = 7	La Barca N = 27	Lagos de M. N = 11	Tepatitlán N = 11	Juchitlán N = 24	Colotlán N = 4	Tamazula N = 25	Zapotlan N 2
SI	47,8	14,3	22,2	18,2	9,1	41,7	50	12	0
NO	52,2	85,7	77,8	81,8	90,9	58,3	50	88	100

Fuente: SISVEA 2004

Las **drogas que reportaron estos pacientes**, como la de mayor consumo en la Zona Metropolitana de Guadalajara son la marihuana, la cocaína, el basuco e inhalantes. En la Barca fueron la cocaína e inhalantes y en Juchitlán la marihuana y cocaína. **(Ver Cuadro Nº 14)**

CUADRO 14: TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS POR ALCOHÓLICOS								
Tipo de Droga	ZMG N = 609	Autlán N = 1	La Barca N = 6	Lagos N = 2	Tepatitlán N = 1	Juchitlán N = 10	Colotlán N = 2	Tamazula N = 3
Marihuana	62.5	100	-	100	100	80	50	66.6
Inhalantes	22.2	100	50	50	-	-	-	-
Alucinógenos	-	-	-	-	-	-	50	-
Heroína	7.7	-	-	-	-	-	-	-
Cocaína	70	-	83.5	50	-	40	50	33.3
Tranquilizantes	15.8	-	-	-	-	-	-	-
Barbitúricos	-	-	-	50	-	-	-	-
Anfetaminas	-	-	-	-	-	10	-	-
Basuco	43.7	-	-	-	-	-	-	-
Cristal	3.1	-	-	-	-	10	-	-
Crack	-	-	-	50	-	-	-	33.3

Los pacientes que refirieron tener contacto con otras sustancias y que **además combinan al alcohol con éstas**, la mayor proporción se encontró en la Zona Metropolitana Guadalajara y en Tamazula, ya que el 62.5% y el 66.7% de esta población las combina, en el resto de las regiones sanitarias osciló entre el 40% y 50%, no registrando casos de combinación con drogas en Tepatitlán y Colotlán. **(Ver Cuadro Nº 15)**

CUADRO 15: PACIENTES QUE HAN EXPERIMENTADO CON OTRAS DROGAS Y LAS COMBINAN CON EL ALCOHOL POR REGIÓN SANITARIA								
Combina el alcohol con otras drogas	ZMG N = 609	Autlán N = 2	La Barca N = 6	Lagos N = 2	Tepatitlán N = 1	Juchitlán N = 10	Colotlán N = 2	Tamazula N = 3
SI	62.5	50	50	50	0	40	0	66.7
NO	37.5	50	50	50	100	60	100	33.3

Entre 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 la

Zona Metropolitana de Guadalajara se combina mayormente con cocaína y marihuana con un 72.3% y 43.3% respectivamente, el 13.3% lo consumen con tranquilizantes.

En el resto de las Regiones Sanitarias se puede observar las drogas que consumen los usuarios de alcohol en combinación con otras drogas. **(Ver Cuadro Nº 16)**

CUADRO 16: TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS EN COMBINACIÓN CON ALCOHOL POR REGIÓN SANITARIA.

Tipo de Droga	ZMG N = 376	Autlán N = 1	La Barca N = 3	Lagos N = 1	Tepatitlán N = 0	Juchitlán N = 4	Colotlán N = 0	Tamazula N = 3
Marihuana	43.3	100	33.3	100	-	75	-	100
Inhalantes	10.1	-	-	-	-	-	-	-
Alucinógenos	-	-	-	-	-	-	-	-
Heroína	1.9	-	-	-	-	-	-	-
Opio/morfina	-	-	66.7	-	-	-	-	-
Cocaína	72.6	-	-	-	-	25	-	-
Tranquilizantes	13.3	-	-	-	-	-	-	-
Barbitúricos	-	-	-	-	-	-	-	-
Anfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaco	2.6	-	-	-	-	-	-	66.7
Basuco	20.2	-	-	-	-	-	-	-
Cristal	2.6	-	-	-	-	-	-	-
Crack	-	-	-	-	-	-	-	66.7
Médicas.	9	-	-	-	-	-	-	-

CONCLUSIONES

1. El sexo más afectado en todas las regiones pertenece al masculino, con excepción de Tamazula.

2. La edad de afluencia a los Centros de Tratamiento por abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo, se encontró en la edad adulta para la Zona Metropolitana de Guadalajara, Juchitlán y Lagos de Moreno; en edades más tempranas en Autlán y Tamazula.

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 en la Zona Metropolitana de Guadalajara el 47.8% de los pacientes las ha consumido, el 22.2% Autlán y el 41.7% en Juchitlán.

5. Las drogas que se consumen con mayor frecuencia por los pacientes atendidos por alcoholismo son la marihuana, la cocaína y derivados, los inhalables y los tranquilizantes.

6. Las drogas que se consumen en combinación con el alcohol los pacientes con experiencia con otras sustancias son la cocaína, marihuana y tabaco.

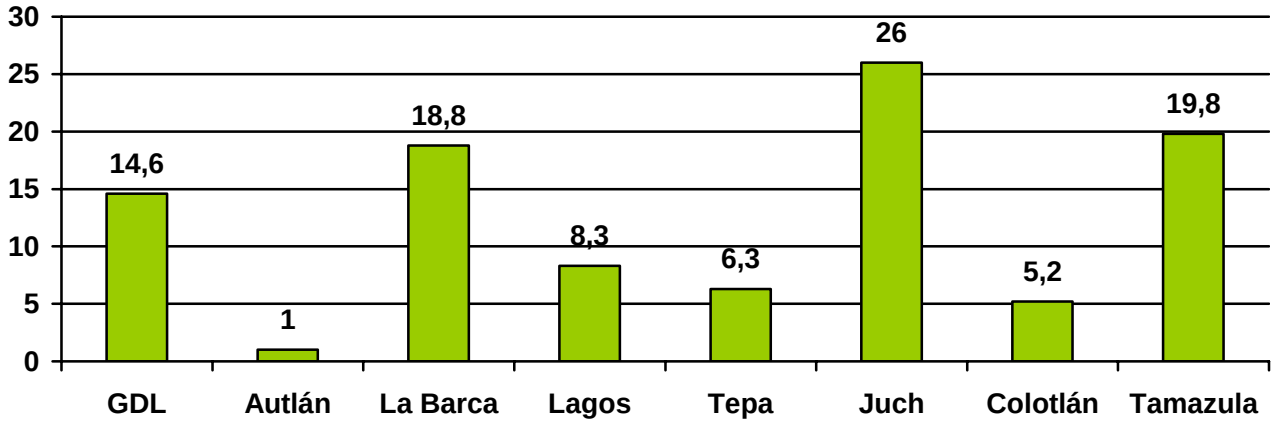
CONSUMO DE TABACO

PACIENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE TABACO

Durante el período comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2004 se integraron al esquema de tratamiento en la **Clínica para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil, A.C., a los Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones de la Secretaría de Salud, e Instituciones y Organismos No Gubernamentales** que participan en este indicador, a un total de 96 sujetos atendidos en diferentes Regiones del Estado, su distribución por Región Sanitaria se esquematiza en el gráfico nº 19.

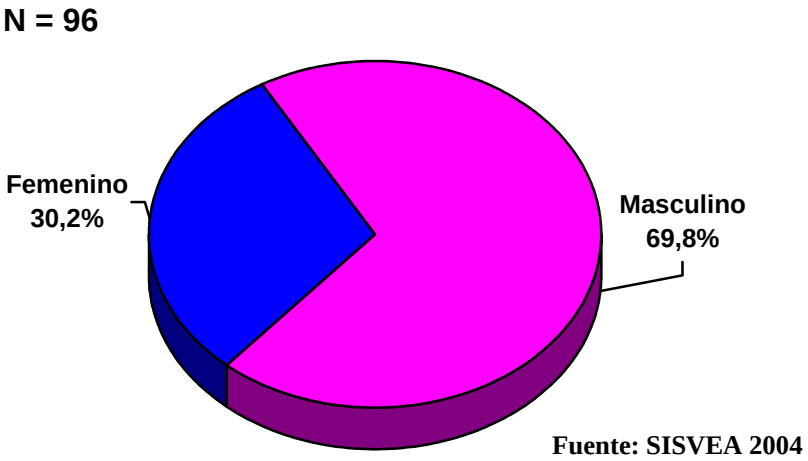
Para facilitar la interpretación de los datos, en este documento se agrupan a todas las Regiones y en el siguiente capítulo se desglosarán por cada Región Sanitaria.

GRÁFICO 19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR TABAQUISMO SEGÚN LA REGIÓN SANITARIA.



Los pacientes atendidos presentan las siguientes características sociodemográficas: de acuerdo a la **distribución de la población por género** el 69.8% pertenece al masculino y el 30.2% al femenino, registrando un índice de masculinidad de 2.3/1. **(gráfico Nº 20)**

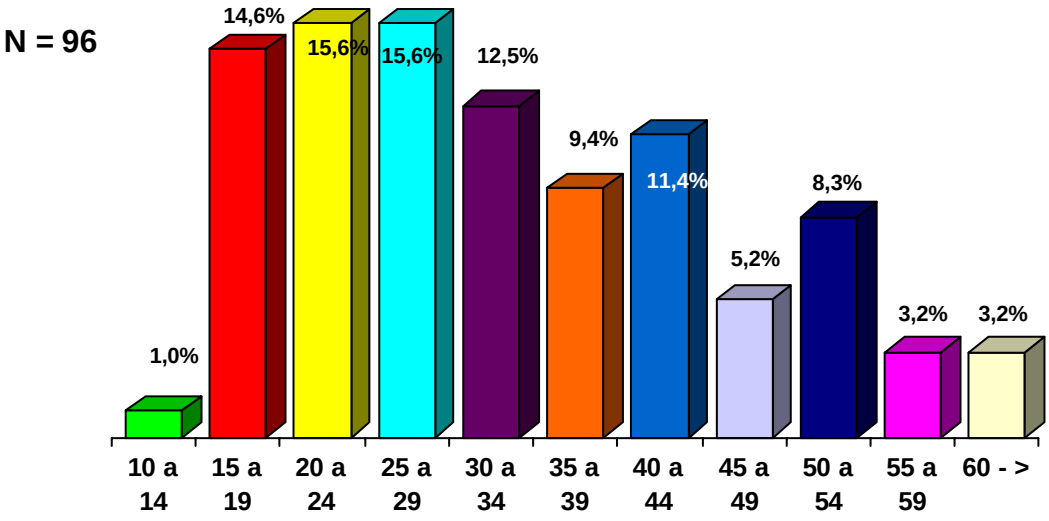
GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



Fuente: SISVEA 2004

El grupo de edad que con mayor frecuencia acude a tratamiento es para los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años con un 15.6% correspondiente para cada uno, seguidos por los de 15 a 19 años y de 30 a 34 años con 14.6% y 12.5% respectivamente, el 9.4% pertenece al grupo de los 35 a 39 años, para el caso de los menores de 14 años se registró sólo un paciente que representa un 1%. **(Gráfico Nº 21)**

GRÁFICO 21: EDAD DE AFLUENCIA A CENTROS DE TRATAMIENTO PARA TABACO



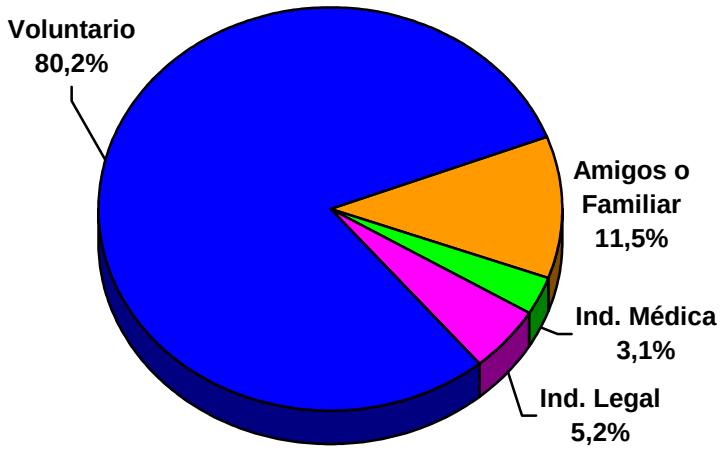
Fuente SISVEA 2004

Con relación al **estado civil de los pacientes** estudiados, prevalecen los casados con el 41.7%, los solteros en un 37.5%, el 12.5% se encuentran en unión libre, con proporciones menores son los divorciados con 5.2%, los separados con 2.1% y sólo el 1% refirió ser viudo.

La forma en que acuden a solicitar el tratamiento, el 80.2% asiste voluntariamente y un 11.5% por seguir el consejo de algún amigo o familiar. Es de observar que la menor proporción acude por indicación médica en sólo un 3.1%. **(Gráfico Nº 22)**

GRÁFICO 22: FORMA EN QUE ACUDEN A SOLICITAR EL TRATAMIENTO PARA TABAQUISMO

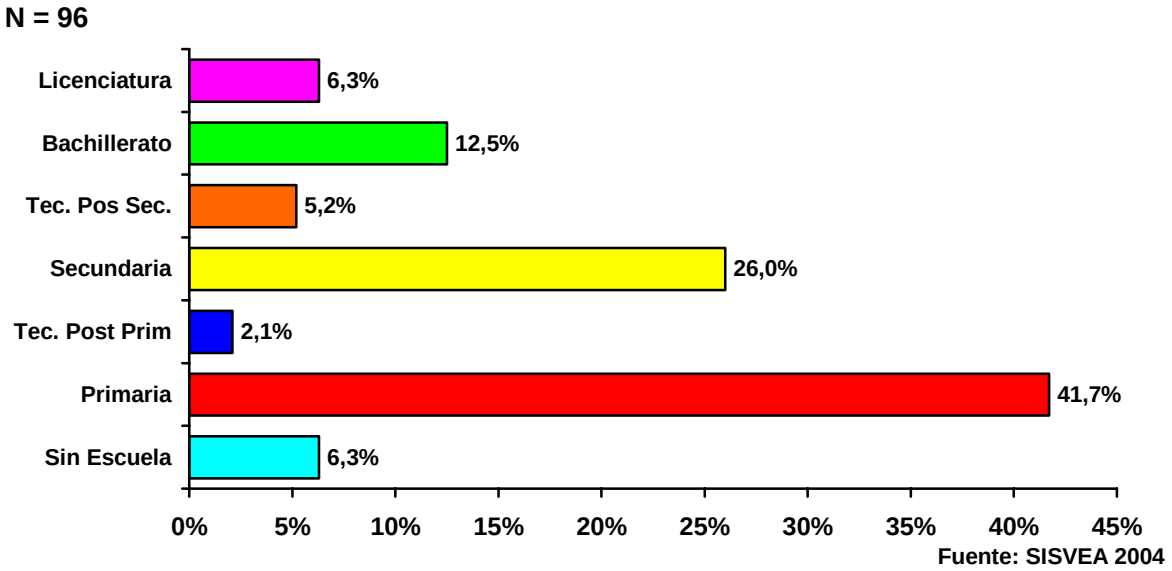
N = 96



Fuente: SISVEA 2004

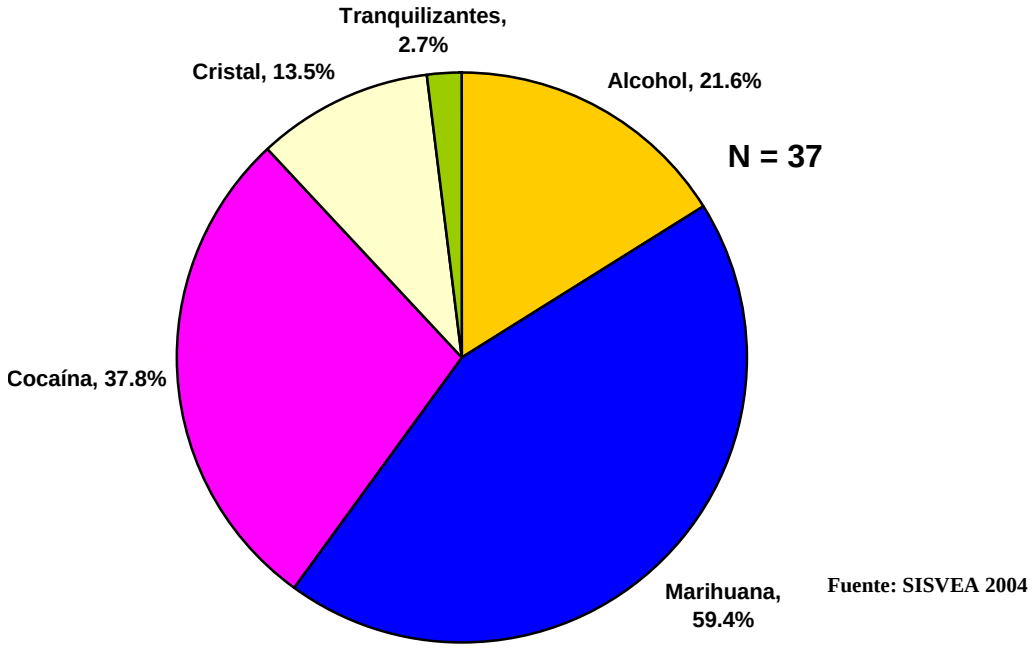
En cuanto al **nivel de instrucción escolar**, tenemos que el 41.7% cuenta con la educación primaria, seguido por los que cursaron la secundaria y bachillerato en un 26% y 12.5% respectivamente, en el 6.3% se ubican los que cursaron alguna licenciatura o contrariamente, no han asistido a la escuela. **(Gráfico Nº 23)**

GRÁFICO 23: NIVEL DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR



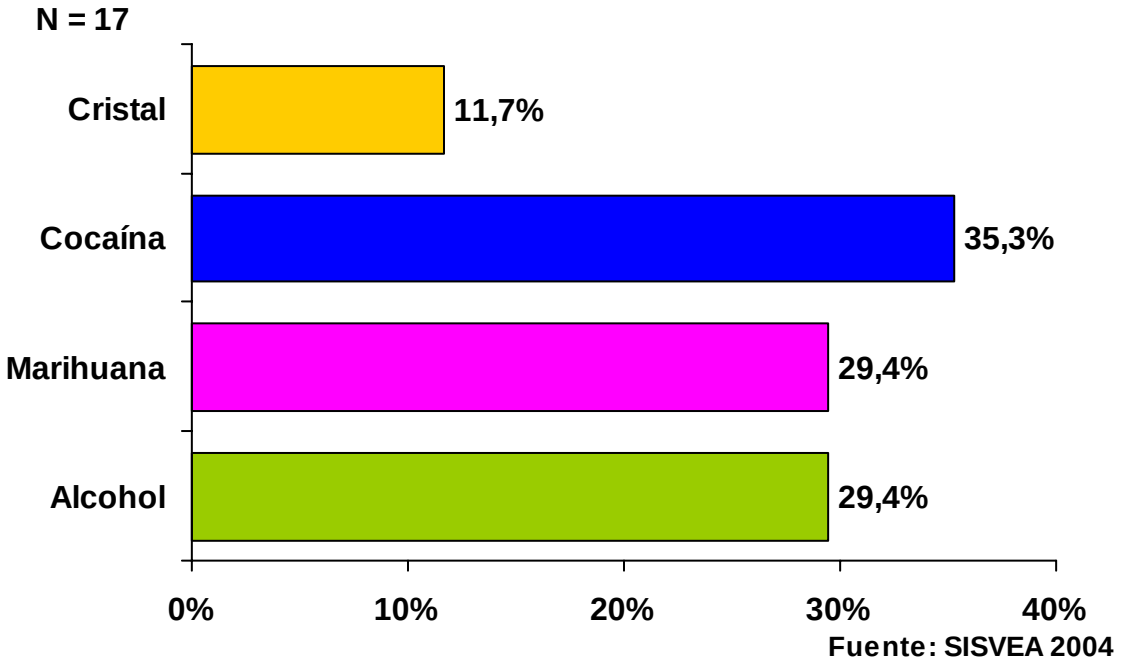
Dadas las características que se observan en los pacientes atendidos en estas unidades para dejar de fumar, de los 96 sujetos tratados, encontramos que 37 de ellos que representa el 38.5% refieren **haber consumido además de tabaco otras drogas**, encontrando que de ellos, el 59.4% ha tenido experiencia con marihuana, un 37.8% ha usado cocaína, con alcohol el 21.6%, en 13.5% con cristal y el 2.7% ha consumido tranquilizantes. **(Gráfico Nº 24)**

GRÁFICO 24: OTRAS DROGAS QUE HAN PROBADO LOS PACIENTES ATENDIDOS POR TABAQUISMO



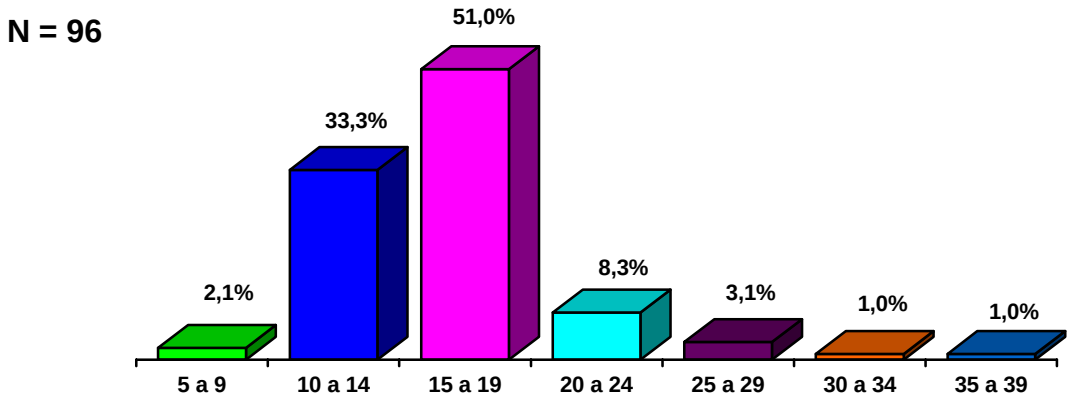
De los 37 sujetos que refieren haber tenido experiencia con otras sustancias, en 17 pacientes que corresponde al 46.6% consumieron tabaco en combinación con otro tipo de drogas**, encontrando como las de mayor preferencia a la cocaína con 35.3%, con bebidas alcohólicas el 29.4%, así como para la marihuana y cristal el 11.7%.** (Ver Gráfico Nº 25)

GRÁFICO 25: DROGAS USADAS EN COMBINACIÓN CON TABACO



La edad de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco se encuentra entre los 15 a 19 años y de los 10 a 14 años de edad, ya que sólo en estos grupos en suma representan el 84.3% del total de los sujetos estudiados; seguidos por los que se encuentran entre los 20 a 24 años en un 8.3% y de 5 a 9 años con el 2.1%. Como se observa en el gráfico, es evidente que a una edad mayor a los 20 años el riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco disminuye considerablemente. **(Gráfico Nº 26)**

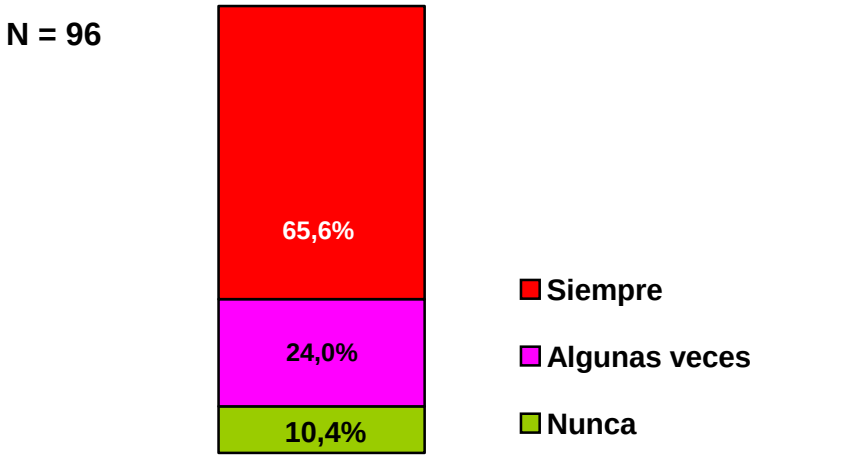
GRÁFICO 26: EDAD DE INICIO PARA EL CONSUMO DE TABACO



Fuente SISVEA 2004

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 87.5% fuma diariamente, los que fuman de 1a 3 veces por semana registraron un 9.4%, los de una vez por semana y una vez al mes con 1% y de 1a 11 veces por año el 2.1%. El tipo de cigarro que más se consume es el que cuenta con filtro con un 70.8% y el 65.6% refiere que la forma de fumar es darle el golpe siempre.**
(Gráfico Nº 27)

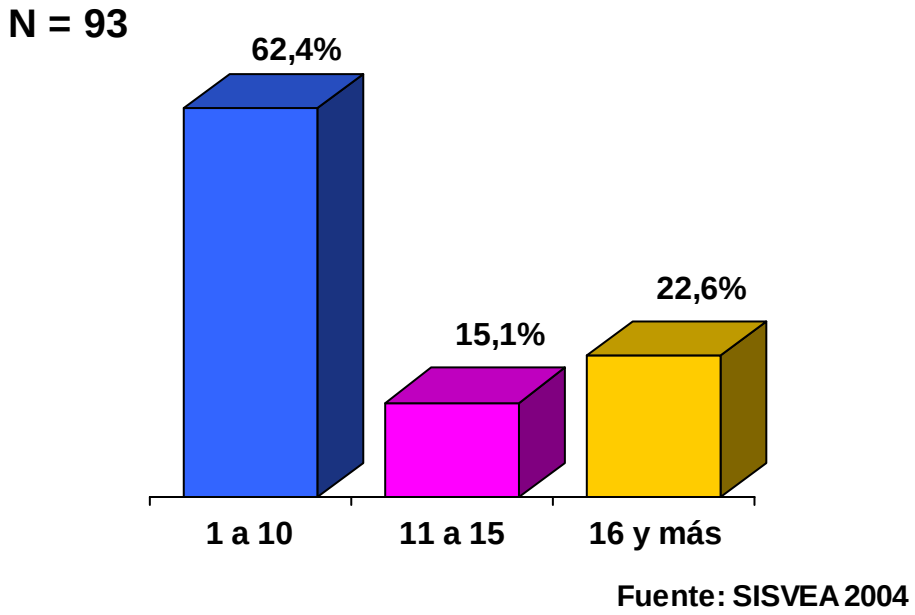
GRÁFICO 27: FUMADORES QUE LE DAN EL GOLPE AL FUMAR



Fuente Sisvea 2004

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 22.6% de los pacientes atendidos se encuentran dentro de esta clasificación; como **fumadores moderados** se definen a las personas que consumen entre 11 y 15 cigarrillos al día, en este rubro se encuentra el 15.1% 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 un 62.4%, siendo estos los **fumadores leves. (Gráfico Nº 28)**

GRÁFICO 28: CLASIFICACIÓN DEL FUMADOR SEGÚN EL NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS POR DÍA



En **los criterios de dependencia al tabaco que reúnen los fumadores,** observamos que el 55.2% de las personas que lo consumen no se abstienen de fumar en lugares prohibidos y el 44.8% refiere que si lo hace, un 69.8% ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo, otro 56.2% dice que estando enfermo sigue fumando y el 39.6% refiere fumar más por las mañanas. **(Ver cuadro Nº 17)**

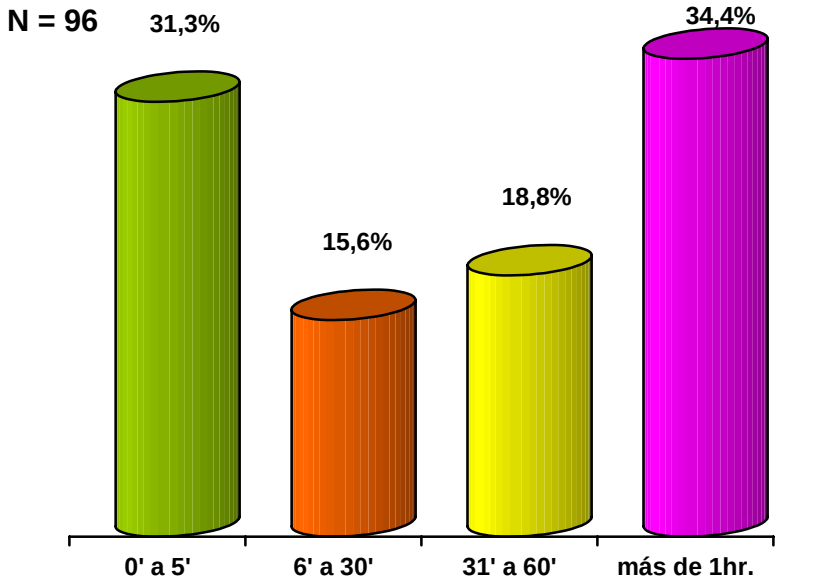
CUADRO 17: CRITERIOS DE DEPENDENCIA AL TABACO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS		
CRITERIO	SI (%)	NO (%)
¿Fuma más por las mañanas?	**39.6**	**60.4**
¿Fuma aún estando enfermo?	**56.2**	**43.8**
¿Ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo?	**69.8**	**30.2**
¿Se abstiene de fumar en lugares prohibidos?	**44.8**	**55.2**

Al cuestionar al paciente **¿cuál es el cigarrillo que le da mayor dificultad el dejar de fumar?**, se refiere que cuando están bajo tensión es el 21.9%, con un 19.8% refiere que le representa mayor dificultad no fumar el primer cigarrillo de la mañana, el 18.8% después de comer, con 7.3% lo consume antes de dormir y el 19.8% acepta que en todas la ocasiones le es difícil dejar de fumar. **(Ver cuadro Nº 18)**

CUADRO 18: CIGARRILLO QUE LES PROVOCA MAYOR DIFICULTAD EL DEJAR DE FUMAR	
	Porcentaje
Primero de la mañana	**19.8**
Después de Comer	**18.8**
Al estar bajo tensión	**21.9**
Al estar en el baño	**7.3**
Antes de dormir	**7.3**
Otras situaciones	**5.2**
Todos son difíciles	**19.8**

Otro de los **indicadores de dependencia** cuestionados fue ¿cuánto tiempo transcurre en que el usuario despierte por la mañana hasta el momento en que enciende el primer cigarrillo del día?, cabe hacer mención que el 31.3% lo hace dentro de los primeros 5 minutos, un 15.6% para los que fuman dentro de la primera media hora y otro 34.4% lo enciende al pasar los primeros 60 minutos. **(Ver gráfico Nº 29)**

GRÁFICO 29: TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE DESPERTAR Y FUMAR



Fuente: SISVEA 2004

CONCLUSIONES

1. El sexo que más acudió a solicitar tratamiento a las Clínicas para dejar de fumar, fue el masculino con el 69.8%, motivo por lo cual es necesario intensificar las campañas preventivas y de detección del tabaquismo en la mujer.

2. La forma en que acuden a solicitar el tratamiento en un 80.2% de los casos es de tipo voluntario.

3. Es importante que el área médica en relación al tabaquismo, intensifique la detección temprana y la referencia de casos para recibir tratamiento en las diferentes Clínicas, puesto que sólo un 3.1% acudió a tratamiento por indicación médica.

4. Los grupos de edad que acuden con mayor frecuencia a solicitar tratamiento en los diferentes establecimientos para dejar de fumar, se encuentran entre las personas que tienen una edad de los 20 a 29 años.

5. La edad más vulnerable para iniciarse en el consumo de tabaco está entre los 10 a 19 años, puesto que el 84.3% de los pacientes atendidos refieren haber comenzado a fumar en este rango de edad.

6. En los pacientes estudiados, el tiempo que transcurre entre iniciar el consumo de tabaco y el acudir a tratamiento pasa en un promedio de 6 años.

7. Al igual que en otros indicadores, el acudir voluntariamente a tratamiento, es la mejor forma de lograr que el paciente se integre a un programa para dejar de fumar.

8. El 62.4% de los pacientes fue clasificado como fumador leve, ya que refirió consumir como máximo 10 cigarros por día.

9. El poder adictivo de la nicotina en la población estudiada, se demuestra en el patrón de consumo de tabaco de un 87.5% en consumo diario.

10. El 65.6% le da el golpe siempre cuando fuma y consume cigarro con filtro, aunque conocemos que el consumir tabaco con filtro no lo hace más seguro; asimismo, la forma de consumo se ve directamente asociada a la enfermedad ocasionada.

11. El 55.2% de los usuarios que fuman, no pueden abstener de fumar en lugares donde está prohibido su consumo.

12. El 69.8% de los pacientes ha intentado dejar de fumar previamente al acudir a solicitar el tratamiento y no lo ha logrado.

13. Un 31.3% señaló que el tiempo que transcurre entre despertar y fumar su primer cigarro oscila en los primeros 5 minutos.

14. El 19.8% y el 21.9% refiere que el cigarro más difícil de dejar de fumar, es el primero de la mañana y el que se consume cuando se está bajo tensión ó estrés.

15. El 38.5% ha estado en contacto con otras drogas, siendo las de mayor preferencia la marihuana, la cocaína, el alcohol, los inhalables y en menor proporción el cristal y los tranquilizantes.

16. De los pacientes que han tenido experiencias o contacto con otras sustancias adictivas, el 46% consume el tabaco en combinación con otras drogas, encontrando como las principales al alcohol, cocaína, marihuana y cristal.

CONSUMO DE TABACO POR REGIONES

SISVEA, RESULTADOS 2004

PACIENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE TABACO SEGÚN REGIONES DEL ESTADO DE JALISCO

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

Los datos plasmados en este documento, representan la población que acudió a solicitar tratamiento para dejar de consumir tabaco, en los Módulos ubicados en las Regiones Sanitarias de I Colotlán, II Lagos de Moreno, III Tepatitlán, VII Autlán y Juchitlán, IV La Barca y V Tamazula, en la Zona Metropolitana de Guadalajara los pacientes registrados fueron atendidos por la Clínica para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil, A.C.

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

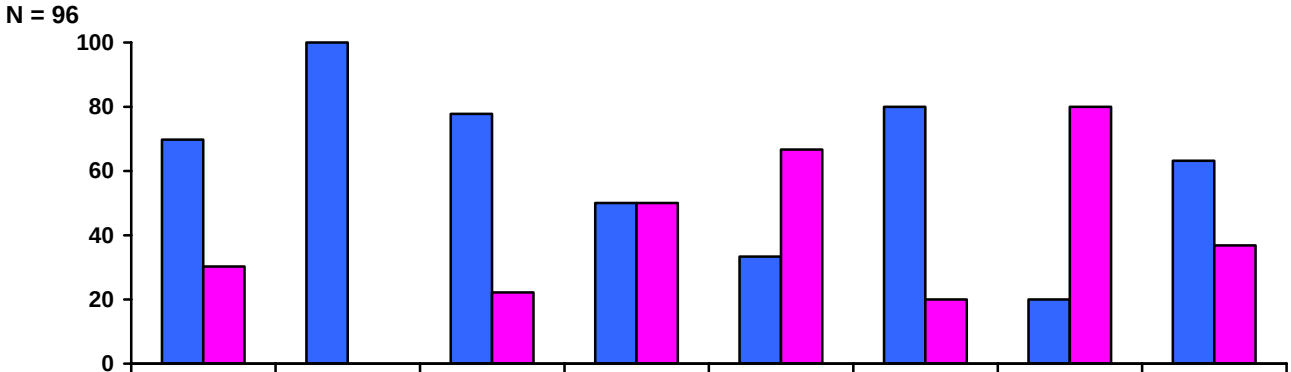
Para facilitar la interpretación de los resultados de cada una de las Regiones Sanitarias de la Secretaría de Salud, se mencionará el lugar sede del Módulo Comunitario de Salud Mental, el Municipio donde se encuentra ubicado y para el caso de la ciudad de Guadalajara nos referimos a la Clínica para dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil, A.C., como se describe a continuación en el **cuadro No 19.**

CUADRO 19: REGIONES SANITARIAS DE LA SECRETARIA DE SALUD JALISCO.

Región Sanitaria	Sede.
I Colotlán.	Colotlán.
II Lagos de Moreno.	Lagos de Moreno.
III Tepatitlán.	Tepatitlán.
IV La Barca.	La Barca.
V Tamazula de Gordiano	Tamazula de Gordiano.
VII Autlán de Navarro	Autlán de Navarro. Juchitlán
Zona Metropolitana de Guadalajara.	Clínica para dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Con relación a la **distribución por sexo**, en las diferentes Regiones del Estado de Jalisco, se observa el predominio del sexo masculino en prácticamente todas ellas, el sexo femenino se presentó en mayor proporción en Tepatitlán y Colotlán con el 66.7% y 80% respectivamente. **(Ver Gráfico Nº 30)**

GRÁFICO 30: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES TRATADOS POR TABAQUISMO POR REGIÓN SANITARIA



	ZMG	Autlán	La Barca	Lagos de Moreno	Tepatitlán	Juchitlán	Colotlán	Tamazula
Masculino	69,8	100	77,8	50	33,3	80	20	63,2
Femenino	30,2	0	22,2	50	66,7	20	80	36,8

Fuente: SISVEA 2004

Con relación a la edad de afluencia a los diferentes establecimientos para el problema de Tabaquismo, se registró una tendencia diferente en cada Región Sanitaria, aunque en lo que comparten las diferentes muestras es en la población joven por debajo de los 35 años de edad, para el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara el grupo de mayor afluencia es entre los 25 a 29 años de edad, en La Barca con un 33.3% para el grupo de los 15 a 19 años; en Tepatitlán fue el grupo de los 35 a 39 años con el 50.1% de los pacientes atendidos, el 40% de en el grupo de los 30 a 34 años en Colotlán y en el caso de Tamazula de Gordiano el 30% en el grupo entre los15 a 24 años de edad.
(Ver Cuadro Nº 20)

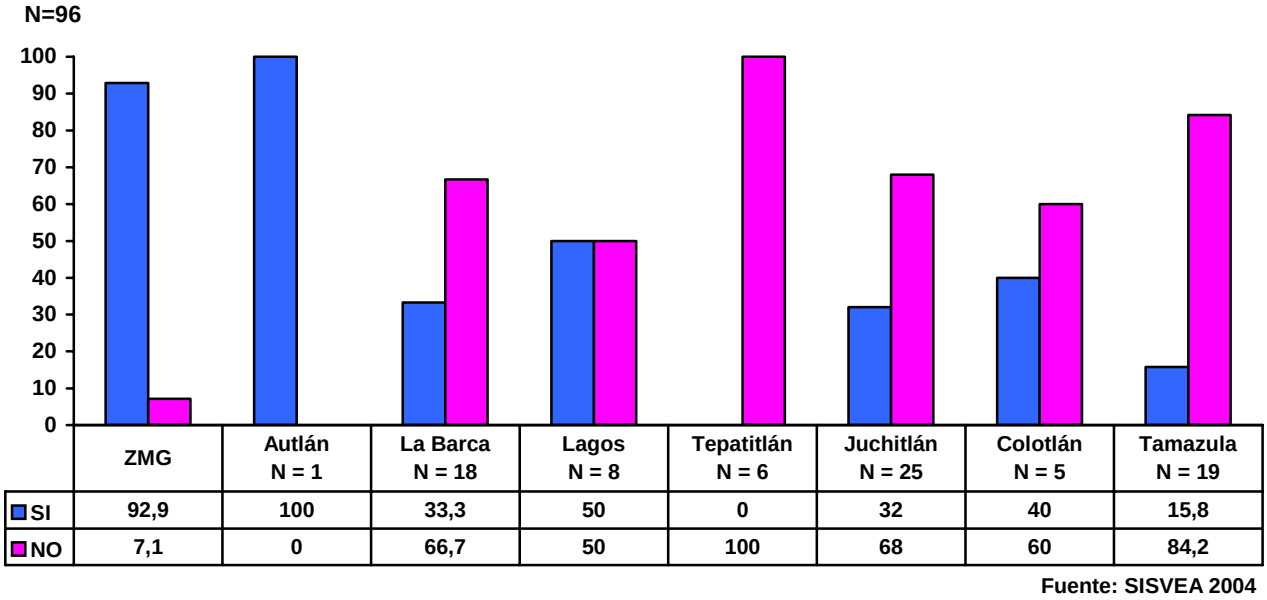
CUADRO 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE AFLUENCIA A LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL TABAQUISMO POR REGIÓN SANITARIA								
Edad	ZMG N= 14	Autlán N = 1	La Barca N = 18	Lagos N = 8	Tepatitlán N =6	Juchitlán N=25	Colotlán N = 5	Tamazula N = 19
< - 9	-	-	-	-	-	-	-	-
10 -14	-	-	-	12.5	-	-	-	-
15-19	-	-	33.3	25		8	20	15.7
20-24	-	100	5.6	12.5	16.6	32	-	15.8
25-29	35.7	-	16.7	12.5	16.6	4	-	21
30-34	21.4	-	5.6	-	-	8	40	21
35-39	-	-	16.6	25	50.1	-	-	5.3
40-44	14.3	-	16.6	-	16.7	16	-	5.3
45-49	-	-	-	-	-	16	-	5.3
50-54	21.4	-	-	-	-	-	20	5.3
55-59	7.2	-	5.6	12.5	-	-	-	5.3
60 >	-	-	-	-	-	4	20	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En lo relacionado a la **edad de inicio** en el consumo de tabaco, existen semejanzas en las Regiones, ya que el inicio se encuentra entre los jóvenes con el rango de edad de los 15 a 19 años en todas las Regiones a excepción de Colotlán, donde el inicio se registró entre los 25 a 29 años de edad. **(Ver Cuadro Nº 21)**

CUADRO 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE TABACO POR REGIÓN SANITARIA								
Edad	ZMG N= 14	Autlán N = 1	La Barca N = 18	Lagos N = 8	Tepatitlán N =6	Juchitlán N=25	Colotlán N = 5	Tamazula N = 19
<9 años	-	-	-	-	-	4	-	-
10 -14	7.1	-	22.2	25	-	8	20	10.5
15-19	71.5	100	38.8	37.5	66.7	40	20	47.4
20-24	7.1	-	16.8	25	33.3	16	20	26.4
25-29	14.3	-	-	12.5	-	12	40	5.2
30-34	-	-	22.2	-	-	4	-	10.5
35-39	-	-	-	-	-	16	-	-
40 >	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Una proporción importante de los **pacientes usuarios de tabaco, refieren haber tenido experiencias con otro tipo de sustancias adictivas**, se muestran variaciones importantes en cada Región, puesto que en el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara cerca del 93% de los pacientes han tenido experiencias con otras drogas, Lagos de Moreno registra el 50% y en Tepatitlán ninguno de sus pacientes fueron usuarios de otras sustancias adictivas. **(Ver Gráfico N° 31)**

GRÁFICO 31: PACIENTES ATENDIDOS POR TABAQUISMO CON EXPERIENCIA CON OTRAS DROGAS POR REGIÓN SANITARIA



Fuente: SISVEA 2004

Las **drogas que reportaron estos pacientes** como de mayor consumo en la Zona Metropolitana de Guadalajara son: la marihuana, la cocaína, el alcohol y el cristal, predominando en todos los pacientes de las diferentes Regiones Sanitarias.
(Ver Cuadro N° 22)

CUADRO 22: DROGAS MÁS UTILIZADAS POR USUARIOS DE TABACO POR REGIÓN SANITARIA

Tipo de Droga	ZMG N= 13	Autlán N = 1	La Barca N = 6	Lagos N = 4	Tepatitlán N =0	Juchitlán N= 8	Colotlán N = 2	Tamazula N = 3
Alcohol	15.4	100	33.3	100.0	-	-	-	-
Marihuana	53.8	-	50.0	-	-	75	50	100
Tranquilizantes	7.7	-	-	-	-	-	-	-
Cocaína	61.5	-	33.3	-	-	25	50	33.3
Cristal	7.7	-	-	-	-	37.5	-	33.3
Crack	-	-	-	-	-	12.5	-	-

En los pacientes que refirieron tener contacto con otras sustancias y que **además combinan el tabaco con éstas**, la mayor proporción se encontró en la Zona Metropolitana de Guadalajara, ya que el 30.7% de esta población las combina, el 37.5% de los casos se registró en Juchitlán y con el 50% para Colotlán y La Barca y con el 66.6% en Tamazula. **(Ver Cuadro N° 23)**

CUADRO 23: PACIENTES QUE COMBINAN EL TABACO CON OTRAS DROGAS POR REGIÓN SANITARIA								
Combina	**ZMG N= 13**	**Autlán N = 1**	**L. Barca N = 6**	**Lagos N = 4**	**Tepatitlán N =0**	**Juchitlán N= 8**	**Colotlán N = 2**	**Tamaz. N = 3**
SI	30.7	0	50	100	-	37.5	50	66.6
No	69.2	100	50	-	-	62.5	50	33.4
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Las sustancias **ilegales que se prefieren para combinar con el tabaco**, se aprecian diferencias en cada una de las Regiones estudiadas, para el caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara y Colotlán se combina con cocaína en los 4 pacientes estudiados, en La Barca fue con alcohol, marihuana y cocaína, en Tamazula con marihuana y cocaína.

En el caso de Lagos de Moreno los 4 pacientes refirieron hacerlo con alcohol, y en Juchitlán con marihuana. **(Ver Cuadro Nº 24)**

CUADRO 24: DROGAS UTILIZADAS EN COMBINACIÓN CON TABACO POR REGIÓN SANITARIA								
Tipo de Droga	**ZMG N= 4**	**Autlán N = 0**	**La Barca N = 3**	**Lagos N = 4**	**Tepatitlán N =0**	**Juchitlán N= 3**	**Colotlán N = 1**	**Tamaz. N = 2**
Alcohol	-	-	33.3	100	-	-	-	-
Marihuana	-	-	33.4	-	-	100	-	50
Cocaína	100	-	33.3	-	-	-	100	50
Cristal	-	-		-	-	-	-	-

CONCLUSIONES

7. El sexo que acudió a tratamiento con mayor frecuencia fue el masculino en 5 Regiones, predominando el femenino en Tepatitlán y Colotlán.

8. La edad de afluencia a los Centros de Tratamiento para tabaquismo varía según la Región, aunque la tendencia es de personas menores de 35 años.

9. Los grupos de edad de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco se encuentra entre los 10 y 19 años de edad en todas las Regiones.

10. Los pacientes atendidos por tabaquismo y que refirieron haber tenido experiencias con otras drogas, se registró un porcentaje importante en la Zona Metropolitana de Guadalajara y Colotlán.

11. Las drogas que se consumen con mayor frecuencia además del tabaco son la marihuana, cocaína y cristal.

12. Las drogas que se consumen en combinación con el tabaco son la cocaína, marihuana y alcohol.

SERVICIO MÉDICO FORENSE

SISVEA, RESULTADOS 2004

SERVICIO MÉDICO FORENSE

Los datos plasmados en este capítulo representan a los cadáveres que ingresaron al **Servicio Médico Forense (SEMEFO)** en el período comprendido de **enero a diciembre del año 2004**, los cuales cumplen los siguientes criterios de inclusión del presente indicador del **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones:**

Criterios de inclusión al estudio:

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

Como criterio de exclusión de este indicador:

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

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

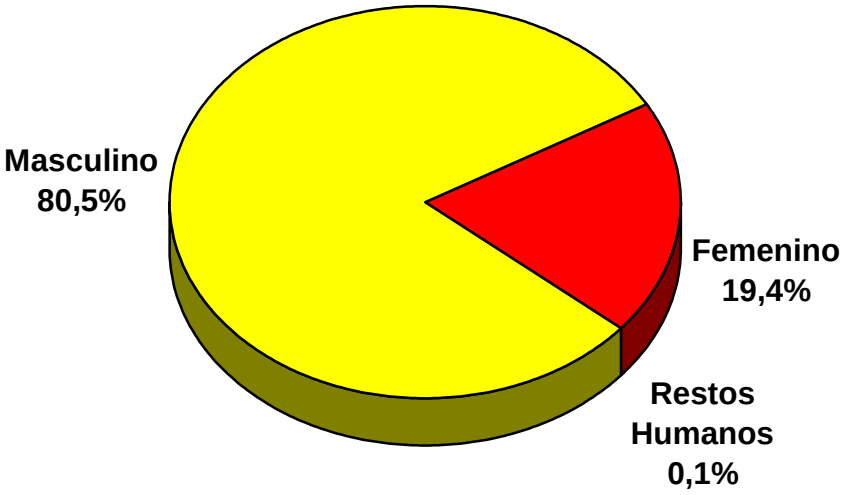
Los datos obtenidos se captan en la hoja de Forense específicamente creada para el cumplimiento del indicador.

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

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se captaron a **2,155 cadáveres**, de los cuales 1,735 (80.5%) pertenecen al sexo **masculino**, 418 (19.4%) al **femenino** y en el 0.1% no obtuvimos el género, catalogados como **restos humanos. (Gráfico nº32)**

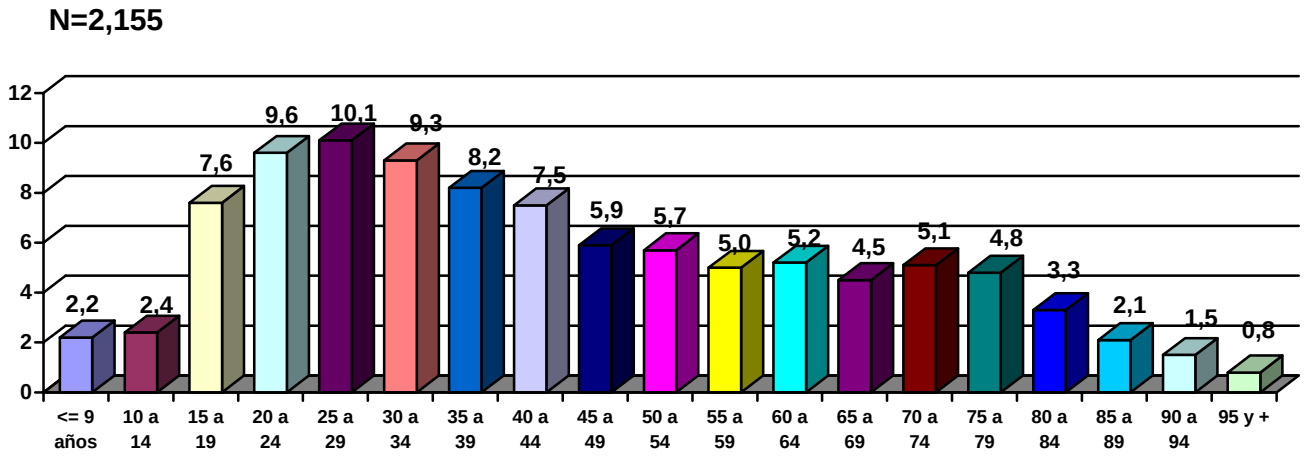
GRÁFICO 32: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO
N=2,155



Fuente: SISVEA 2004

En lo que concierne a la **distribución por grupos de edad**, el mayor índice de mortalidad se encuentra con el 10.1% en el grupo de 25 a 29 años y de 20 a 24 años con el 9.6%, seguidos por el grupo de 30 a 34 con el 9.3% y un 8.2% entre 35 a 39 años. Se observa en el gráfico, que la mortalidad disminuye conforme se pasa la quinta década de vida; en el grupo de menores, el más afectado es el que se encuentra entre los 15 a 19 años con el 7.6%, un 2.4% para los que tuvieron entre 10 y 14 años y 2.1% para menores de 9 años. **(Ver Gráfico Nº 33)**

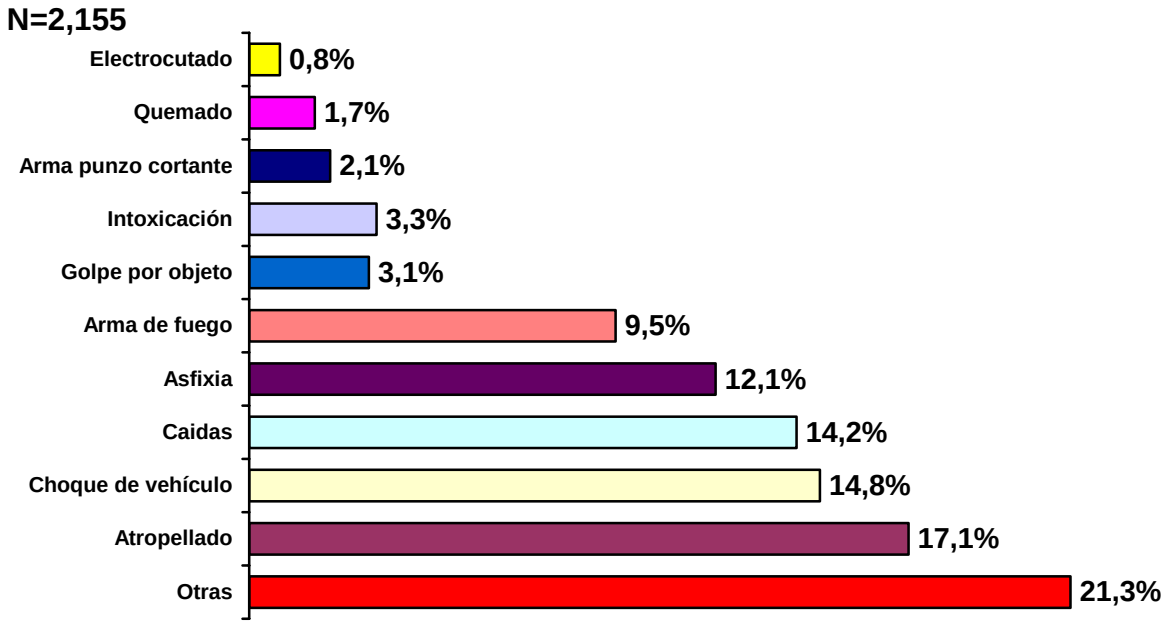
GRÁFICO 33: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: SISVEA 2004

Las **causas que con mayor frecuencia provocan la muerte** son las de tipo accidental como corresponde a los atropellamientos con el 17.1%, caídas y choques de vehículos de motor con el 14.2% y 14.8% respectivamente; el 12.1% para las producidas por asfixia como son los ahorcamientos, ahogamientos y bronco aspiración; cuando se produjo la muerte por arma de fuego, corresponde el 9.5% y el 3.3% por intoxicación o envenenamientos, el grupo de otros representa a las muertes secundarias a alguna enfermedad, en un 21.3% **(Ver Gráfico 34)**

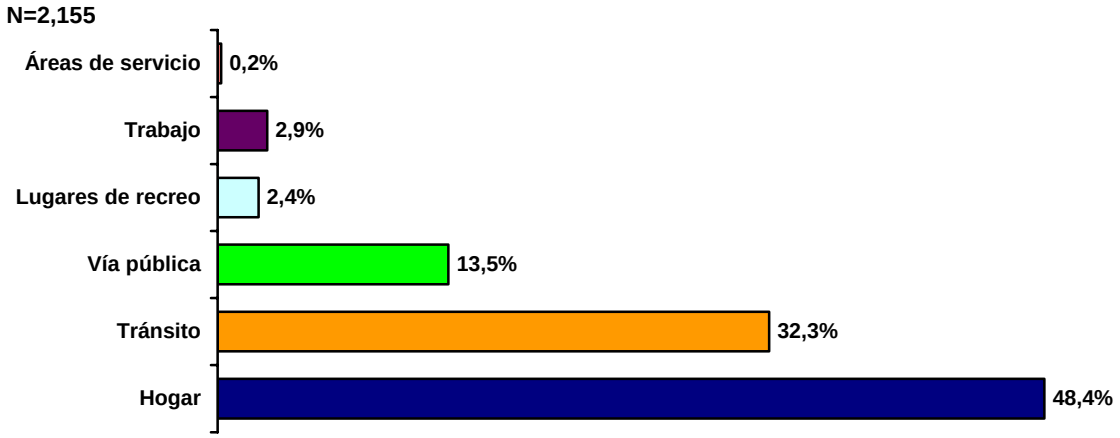
GRÁFICO 34: CAUSA DE MUERTE



Fuente: SISVEA 2004

El **sitio de mayor riesgo** donde ocurren las muertes, es en el hogar con el 48.4% de los casos, a los que ocurrieron en las vías de tránsito corresponde 32.3%, y en la vía pública el 13.5%; los que representan menor riesgo son las áreas de servicio con el 0.2%, en el lugar de trabajo con el 2.9% y los lugares de recreo con el 2.4%. **(Ver Gráfico Nº 35)**

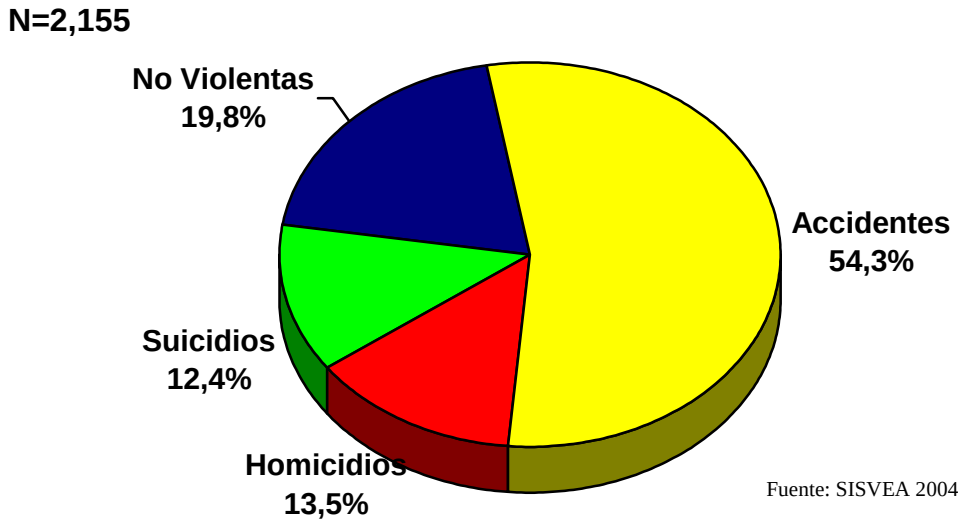
GRÁFICO 35: LUGAR DE LA MUERTE.



Fuente: SISVEA 2004

Como observamos en el gráfico número 36 **los accidentes son los que con mayor frecuencia provocan la muerte,** ya que el 54.3%, murió de esta forma con (1,169) casos; el 13.5% (290) a consecuencia de homicidio; (268) casos que corresponde al 12.4% son suicidas; en (427) sujetos fue por muerte no violenta o por enfermedad con el 19.8%.

GRÁFICO 36: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE MUERTE



Fuente: SISVEA 2004

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 31.1%, el 26.9% por choques de vehículos de motor y el 25.5% para las caídas y asfixia con el 6.4% y **por intoxicación accidental** fue el 2.3% en 27 casos. El arma de fuego es el principal medio que provocan los **homicidios** en 160 casos que corresponde a un 55.2%, el 20.3% con 59 casos se produjeron por golpes con objeto contundente; y por arma punzo cortante con 39 casos que representa el 13.4%. Los **suicidas** prefieren utilizar la asfixia para provocarse la muerte ya que esto sucedió en 172 sujetos que representa el 64.2%, el arma de fuego fue utilizada por 42 sujetos que corresponde al 15.7% y aparecen las intoxicaciones con el 16% con 43 casos. **(Ver Cuadro nº 25)**

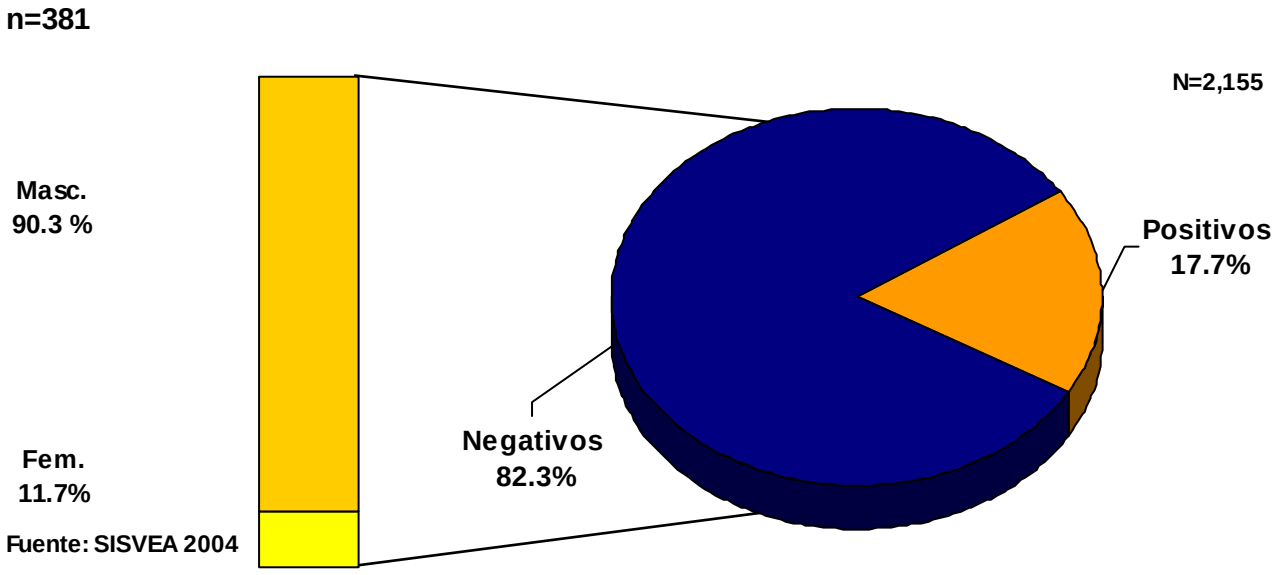
CUADRO 25: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN TIPO

Causa de Muerte	Accidente N = 1169	Homicidio N= 290	Suicidio N = 268	No Violenta N = 427
Atropellados.	31.1	1.7	0	0
Choque de vehículo	26.9	1.0	0.7	0
Caídas	25.5	1.0	1.1	0.2
Electrocutados	1.4	-	0	0.5
Quemados	2.8	0.7	0.4	0
Golpe por objeto contundente.	0.7	20.3	0	0
Asfixia	6.4	4.5	64.2	0
Aplastamiento	0	0	0	0
Arma de fuego	0.1	55.2	15.7	0
Arma punzo cortante	0.1	13.4	0.1	0
Intoxicaciones	2.3	0.3	16	0.2
Envenenamiento	0.1	0	0	0
Otros	2.6	0	0	98.6
Se ignora	2.6	1.7	0.7	0
Total	**100**	**100**	**100**	**100**

MUERTES ASOCIADAS A SUSTANCIAS ADICTIVAS

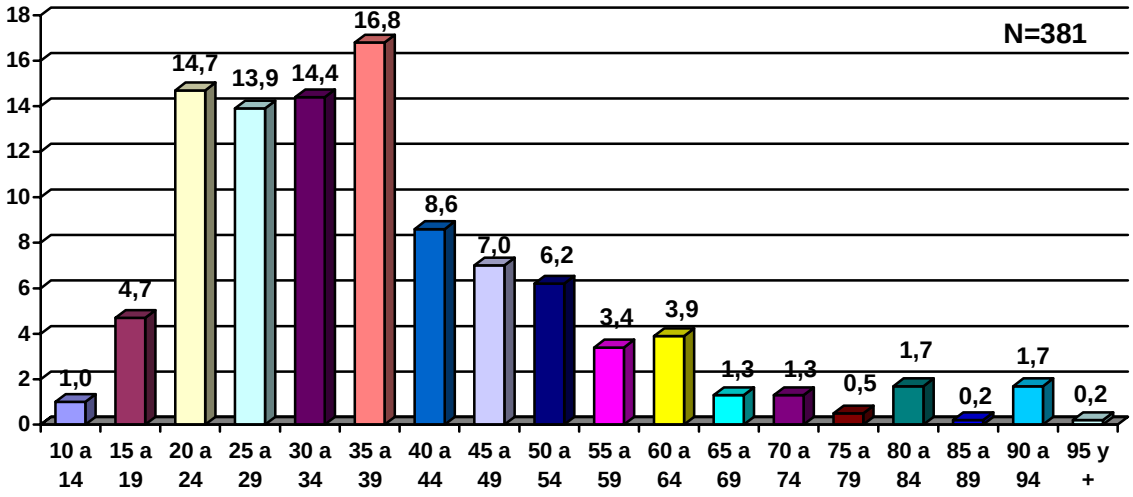
De los 2,155 cadáveres registrados por este Sistema, en 381 sujetos, sus muestras de fluidos corporales resultaron positivas a alguna **sustancia adictiva**, lo que representa un 17.7%. Con relación a la distribución por género, 344 casos pertenecen al sexo **masculino** con el 90.3%, el 9.7% al **femenino** con 37 casos. **(Ver Gráfico 37)**

GRÁFICO 37: 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 35 a 39 años con el 16.8%; seguido por el de 20 a 24 años y de 30 a 34 años con el 14.7% y 14.4% respectivamente; el 13.9% se encontró entre los 25 a 29 años, cabe mencionar que en el 1% tenía entre los 10 y 14 años. (**Ver Gráfico Nº 38)**

GRÁFICO 38: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS

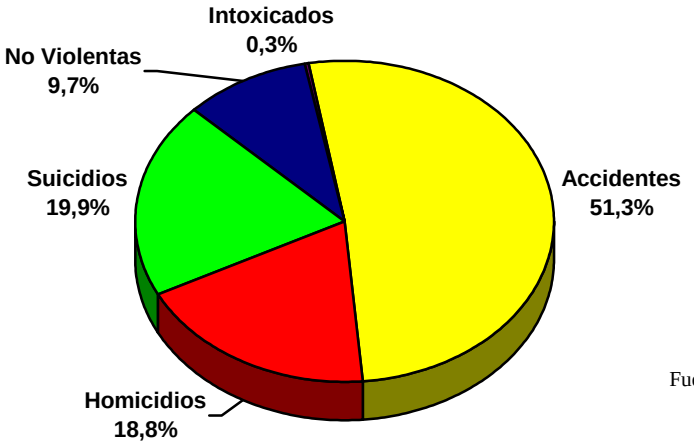


Fuente: SISVEA 2004

Los accidentes se encuentran mayormente relacionados a las muertes bajo el influjo de alguna sustancia adictiva, ya que se registraron 196 defunciones por esta causa, representando un 51.3%, los homicidios se presentó en el 18.8% con 72 casos, se registraron 19.9% para los suicidios con 76 casos, las muertes no violentas con el 9.7% con 37 casos. **(Ver gráfico Nº 39)**

GRÁFICO 39: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE MUERTE EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS.

N = 381



Fuente: SISVEA 2004

De las **muertes producidas por accidentes asociadas a sustancias adictivas**, se encontró como las de mayor incidencia, a los atropellamientos con el 40.3%, los choques de vehículo de motor con el 30.6%; las caídas con el 11.7%; el 8.7% por asfixia, las producidas **por homicidio**, el 51.4% fue provocado por arma de fuego y por arma punzo cortante el 11.1% y por ser golpeado con objeto contundente se presentó el 25%. El 68.4% utilizó la asfixia para lograr **el suicidio**, seguido con el 17.1% a los que utilizaron arma de fuego y por intoxicación o envenenamiento en el 13.2% de los sujetos. **(Cuadro Nº 26)**

CUADRO 26: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE MUERTE ASOCIADA A SUSTANCIAS ADICTIVAS SEGÚN CAUSA DE DECESO				
Causa de Muerte N=381	**Accidente N = 196**	**Homicidio N = 72**	**Suicidio N = 76**	**No Violenta N = 37**
Atropellamientos	40.3	0.0	0.0	0
Choque de vehículo de motor	30.6	1.4	1.3	0
Caída	11.7	1.4	0	0
Electrocutado	0.5	0.0	0	0
Quemado	2.0	1.4	0	0
Golpe por objeto contundente	0.5	25.0	0	0
Asfixia	8.7	8.3	68.4	0
Arma de fuego	0	51.4	17.1	0
Arma punzo cortante	0.5	11.1	0	0
Intoxicado	4.1	0.0	13.2	2.7
Otros	1.0	0.0	0	97.3
Total	**100**	**100**	**100**	**100**

En el hogar y en las vías de tránsito **son los sitios** donde ocurre la muerte con mayor frecuencia en este tipo de población, puesto que el 38.6% y el 36.7% respectivamente fallecieron en estos lugares; en la vía pública ocurrió el 19.7% de los fallecimientos y en los lugares de recreo 2.6% y servicio el 0.3%.

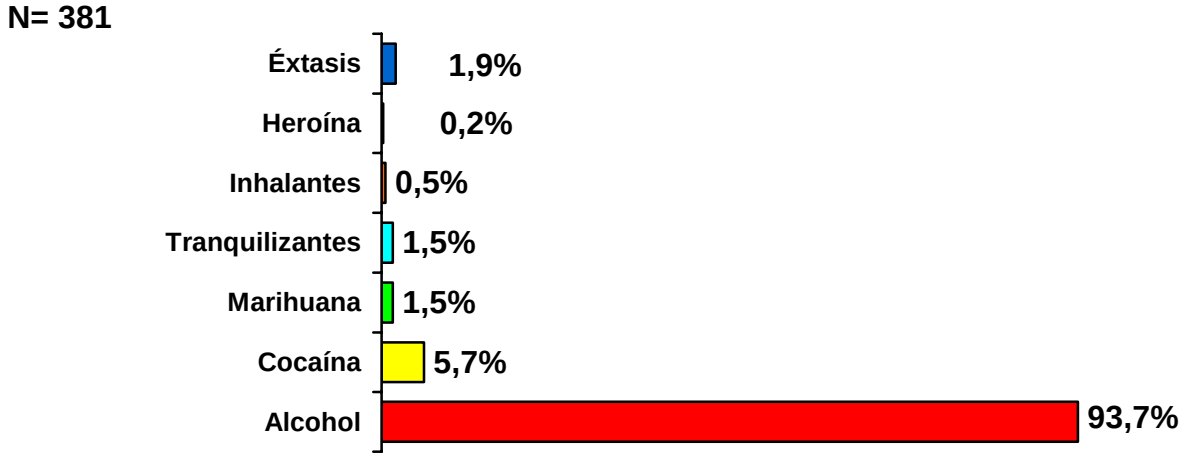
De las 196 muertes accidentales en el grupo de los positivos a sustancias adictivas el 71.4% ocurrieron en las vías de tránsito, un 17.3% ocurrió en el hogar, y en los lugares de recreo ocurrieron el 5.1% de las muertes.

Para el caso de los 72 homicidios el 95.8% ocurrió en la vía pública y sólo el 4.2% en el hogar, los suicidios se llevan a cabo con mayor predilección en el hogar, ya que el 98.7% se perpetró ahí, así mismo para las muertes por enfermedad o no violentas en casi el 94.6% ocurrió en el hogar. **(Cuadro nº 27)**

CUADRO 27: LUGARES DONDE OCURRIÓ LA MUERTE DE CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS SEGÚN EL TIPO DE MUERTE					
Lugar de la Muerte	Global N = 381	Accidente N = 196	Homicidio N = 72	Suicidio N = 76	No Violenta N = 37
Tránsito	36.7	71.4	0.0	0.0	0.0
Hogar	38.6	17.3	4.2	98.7	94.6
Vía pública	19.7	1.5	95.8	1.3	5.4
Áreas de recreo.	2.6	5.1	0.0	0.0	0.0
Áreas de trabajo	1.8	3.6	0.0	0.0	0.0
Áreas de servicio	0.3	0.5	0.0	0.0	0.0
Otros	0.3	0.5	0.0	0.0	0.0
Total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Las **sustancias adictivas que detectó el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses** en los fluidos corporales de los cadáveres estudiados, encontramos 357 muestras positivas al alcohol, lo que representa el 93.7% de los sujetos; en segundo lugar se detectó cocaína en 22 muestras con el 5.7%; positivos a la marihuana en 6 casos con un 1.5% y con la misma proporción se encontraron los tranquilizantes; el éxtasis se encontró en 8 casos correspondiendo al 1.9% y la heroína resultó positiva en un sujeto que representa al 0.2%. **(Ver Gráfico Nº 40)**

GRÁFICO 40: TIPO DE SUSTANCIAS PRESENTES EN CADÁVERES DE SEMEFO



Fuente: SISVEA 2004

Como podemos observar en el cuadro número 28 que describe las causas de muerte asociadas a las diferentes sustancias adictivas; en los cadáveres con **alcoholemia positiva** el 21.8% falleció al ser atropellado; con 17.4% por choque de vehículo de motor; por asfixia un 19.3% de los casos; el 13.7% por arma de fuego y el 6.2% murió al sufrir una caída.

Para los positivos a **marihuana** encontramos que el 50% falleció por asfixia, y atropellados, por caída y por arma blanca con el 16.7% para cada una de éstas.

Los asociados a la **cocaína,** el 18.2% murió por asfixia, 4.5% por proyectil de arma de fuego, un 13.6% por chocar su vehículo, con 18.2% por caída y el 22.7% por intoxicación o sobredosis.

Para los positivos a los **tranquilizantes**, encontramos que el 33.3% falleció por atropellamiento, en 16.7% encontramos las siguientes causas de muerte como son quemados, por asfixia, por arma de fuego e intoxicado.

CUADRO 28: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSA DE MUERTE SEGÚN TIPO DE SUSTANCIA ADICTIVA

N= 381 Causa de Muerte	Alcohol N= 357	Tranq N= 6	Marih. N= 6	Inhal. N= 2	Cocaína N= 22	Heroína N = 1
Atropellados	21.8	33.3	16.7	-	-	-
Choque de vehículo	17.4	-	-	-	13.6	-
Caída	6.2	-	16.7	-	18.2	-
Electrocutado	0.3	-	-	-	-	-
Quemado	1.1	16.7	-	-	-	-
Golpe por objeto	4.8	-	-	-	9.1	-
Asfixia	19.3	16.7	50	-	18.2	-
Arma de fuego	13.7	16.7	-	-	4.5	-
Arma punzo cortante	2.5	-	16.7	-	-	-
Intoxicado	3.1	16.7	-	100	22.7	100
Otros	9.8	-	-	-	13.6	-
Se ignora	-	-	-	-	-	-
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

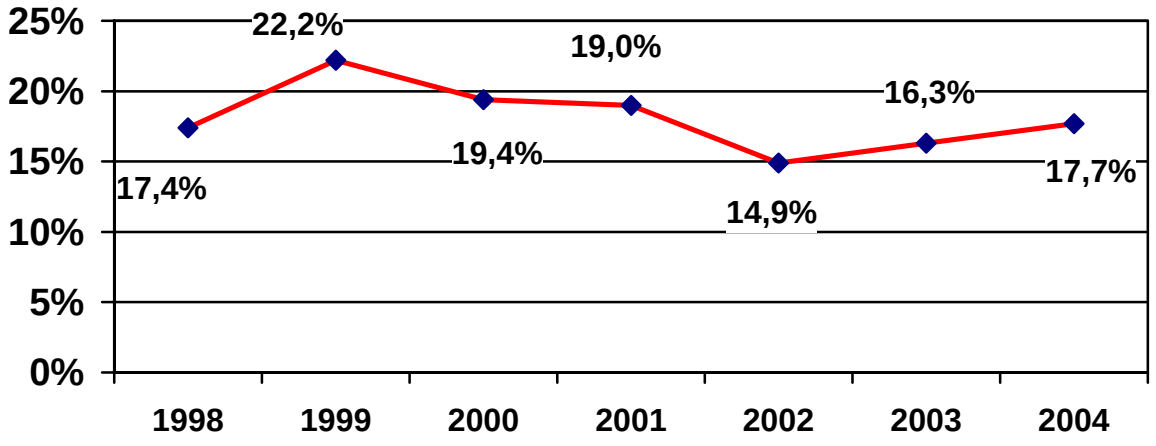
Las vías de tránsito, en el hogar y en la vía pública son los **lugares donde ocurren las muertes asociadas a cualquier tipo de sustancias adictivas.**

TENDENCIAS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN CADÁVERES

DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE

El registro de los cadáveres durante los últimos 6 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 2004, las cuales muestran decremento a partir del año 1999, del 22.2% al 2004 con el 17.6%. (**Ver gráfico No 41)**

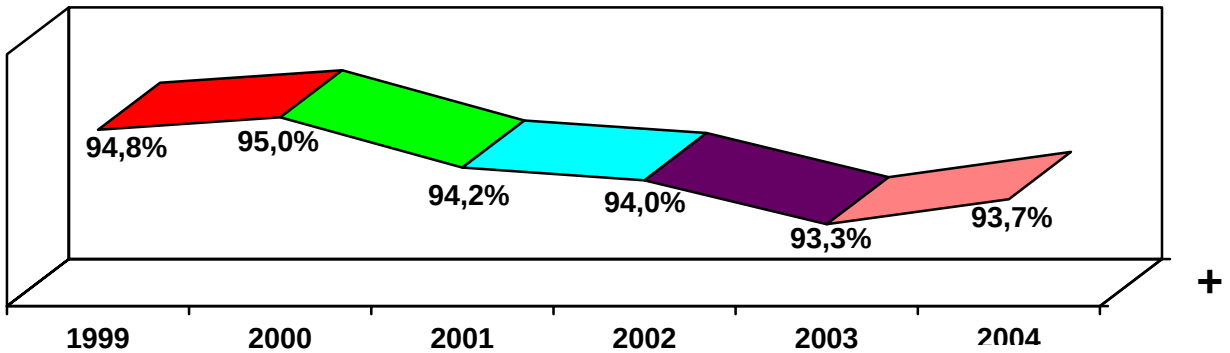
GRÁFICO 41: TENDENCIA DE PRESENCIA DE DROGAS EN CADÁVERES DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE 1998-2004



Fuente: SISVEA 2004

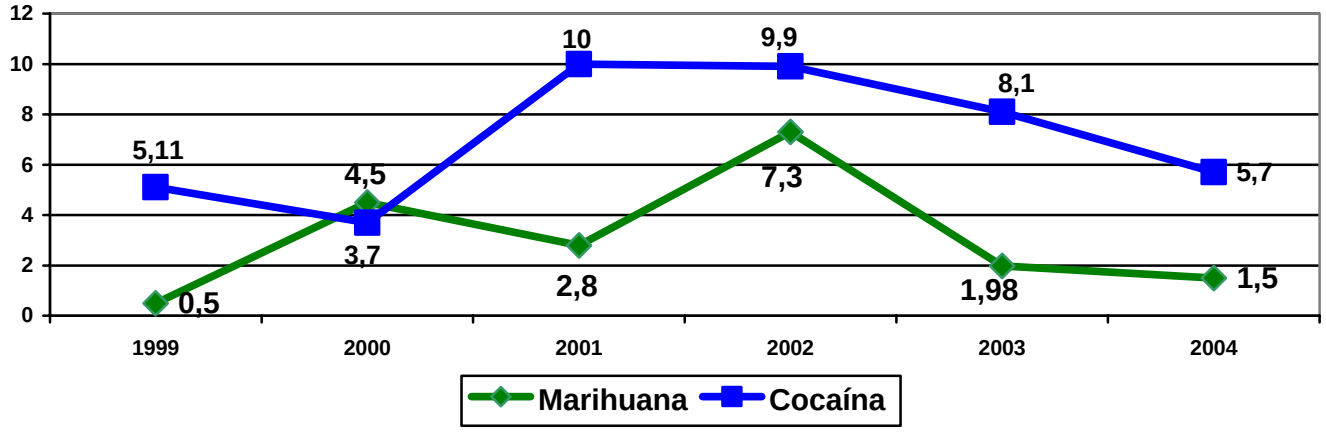
En las **tendencias mostradas por cada tipo de droga** observamos que el alcohol se mantiene estable, encontrando durante los años 1999 al 2004 entre el 94.8% al 93.7%, cabe señalar que en el año 1998 sólo se procesaba alcoholemia y por esta razón aparece como el 100% de los casos. La **marihuana** presentó un incremento en el **2002** hasta el 7.3%. En relación a la **cocaína,** tiende al incremento del 5.1% en 1999 y en el **2002** tuvo un repunte del 10%, en **los tranquilizantes** observamos una tendencia hacia la baja, así mismo para los inhalantes. **(Ver gráficos 42, 43 y 44)**

GRÁFICO 42: PREVALENCIA DE ALCOHOLEMIAS EN CADÁVERES POSITIVOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS.



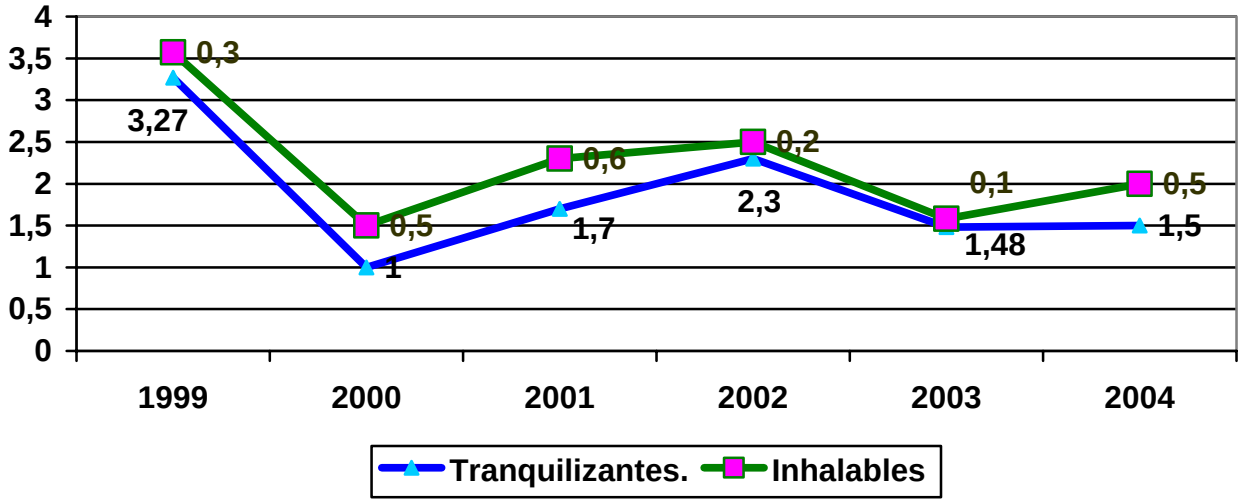
Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 43: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A MARIHUANA Y COCAÍNA



Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 44: TENDENCIA DE CADÁVERES POSITIVOS A TRANQUILIZANTES E INHALANTES



Fuente: SISVEA 2004

CONCLUSIONES

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

1. La mortalidad asociada a las sustancias adictivas es mayor en el sexo masculino, en una relación 4/1.

2. El grupo de edad donde ocurre un mayor número de muertes se encuentra entre la población económicamente activa, ya que sumados los grupos de edad hasta los 44 años resulta ser el 58.2%, con una elevada incidencia en el grupo de los 25 a 29 años de edad.

3. El 17.7% de los cadáveres registrados en el Servicio Médico Forense resultaron positivos a alguna sustancia adictiva, observándose un ligero ascenso con relación al año 2003.

4. En el grupo de los positivos a alguna sustancia adictiva, la población de 35 a 39 años es la más afectada con un 16.8%.

5. Los accidentes son el principal tipo de muerte, tanto en la mortalidad global como en los asociados a sustancias adictivas.

6. El alcohol es el tóxico más importante asociado a la mortalidad en pacientes positivos a sustancias adictivas con el 93.7%.

7. La tendencia de que se presente el alcohol en los fluidos corporales de los cadáveres es hacia la baja en los últimos 5 años y con un ligero ascenso en el año 2004.

8. La cocaína y la marihuana tienen la tendencia hacia la disminución en relación a la positividad de los fluidos corporales de la muestra de cadáveres atendidos en el Servicio Médico Forense.

9. Las tendencias de cadáveres positivos a sustancias adictivas se orientan a disminuir en los últimos 6 años.

PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS

SISVEA, RESULTADOS 2004

PUESTO CENTINELA DE URGENCIAS

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

Se aplica en forma semestral y en un periodo semanal. En el año 2004 este indicador se realizó en 2 ocasiones en la ciudad de Guadalajara, se llevó a cabo durante las semanas comprendidas **entre el 21 al 28 de junio y del 29 de noviembre al 5 de diciembre del mismo año.**

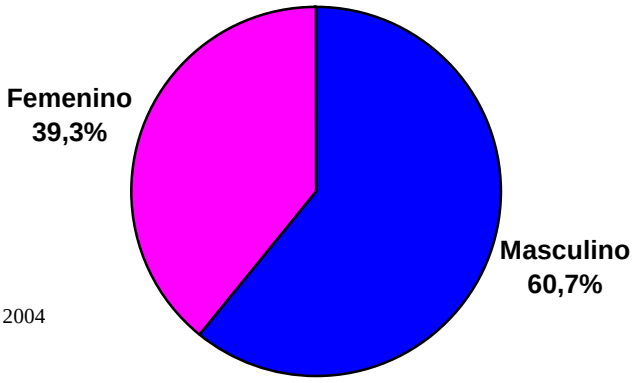
Para acceder a una cobertura en la Zona Metropolitana de Guadalajara en este indicador contamos con la participación de las siguientes Instituciones de Salud:

- 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, Tlajomulco de Zúñiga y Zapopan con sus unidades Zapopan Norte, Sur y Villas de Guadalupe.
- Se captaron un total de 704 casos, en los cuales describiremos las siguientes características generales:

En relación a la **distribución por género** de la población estudiada, el 60.7% con 428 sujetos pertenecen al sexo masculino y el 39.3% con 276 casos al femenino, el estado civil de los pacientes de mayor predominio es el de solteros con el 47.1%, seguido del 41.8% para los casados, en unión libre se registró el 6.0%, un 2.2% refirieron ser viudos, con menos del 1.6% están separados y los divorciados con 1.4%. **(Ver Gráfico 45)**

GRÁFICO 45: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIA MÉDICA

N=704

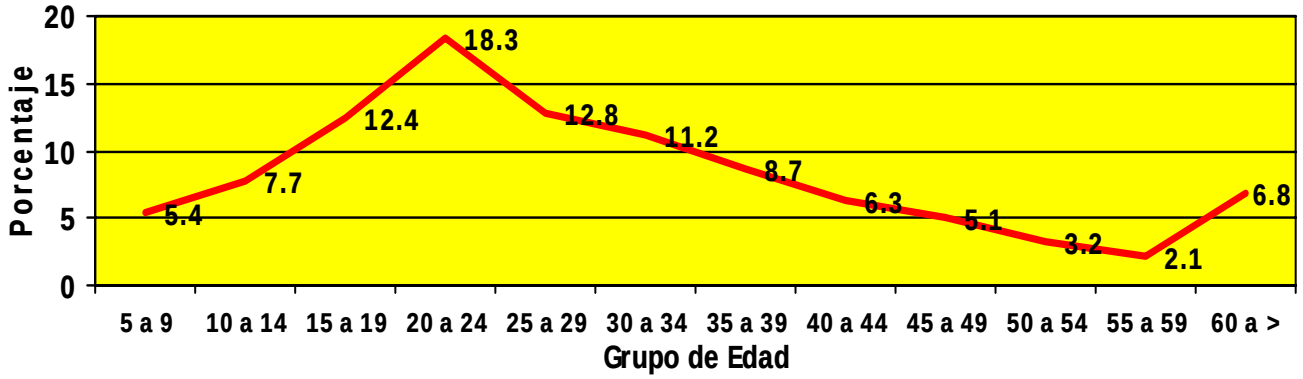


Fuente: SISVEA 2004

En cuanto al número de **ingresos** de los pacientes al servicio de urgencias, el 73.4% refirió haber recibido consulta de primera vez y el 91% estaba conciente al momento de su internamiento en la unidad hospitalaria.

Como se observa en el gráfico número 2, los grupos que presentaron mayor morbilidad son los que se encuentran entre los jóvenes entre los 20 a 34 años con mayor porcentaje en el grupo de los 20 a 24 años, seguido por los de 25 a 29 años y de 15 a 19 años con el 12.8% y el 12.4% respectivamente, es notorio que conforme la edad avanza, es menor el número de pacientes que demandan los servicios de urgencias. **(Ver gráfico Nº 46).**

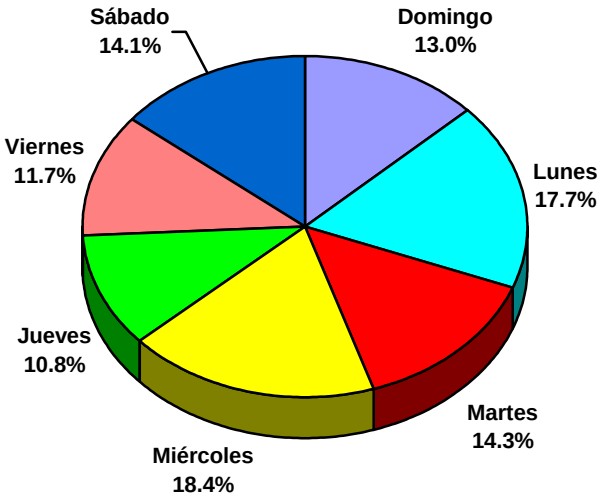
GRÁFICO 46: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD



Los **días de la semana en los que ocurren la mayor demanda de los Servicios de Urgencias Médicas**, son los miércoles y lunes con el 18.4% y 17.7% respectivamente, el martes se registró el 14.3%, el 14.1% sucedió el sábado y la menor incidencia fue durante los días domingos, jueves y viernes. **(Ver Gráfico Nº 47).**

GRÁFICO 47: DEMANDA DE SERVICIO SEGÚN DÍA DE LA SEMANA

N = 704

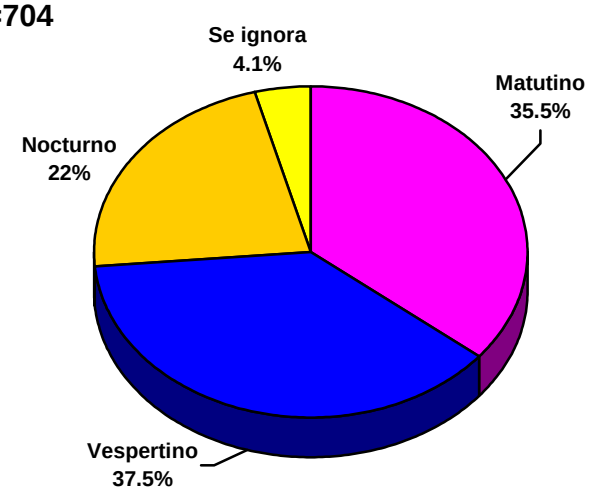


Fuente: SISVEA 2004

Con relación a **los turnos donde se solicita con mayor frecuencia dichos servicios**, es en el vespertino con un 37.5% y con un 35.5% para el matutino, el de menor riesgo es el nocturno con un 22%. **(Ver Gráfico Nº 48)**

GRÁFICO 48 DEMANDA DE SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN TURNO

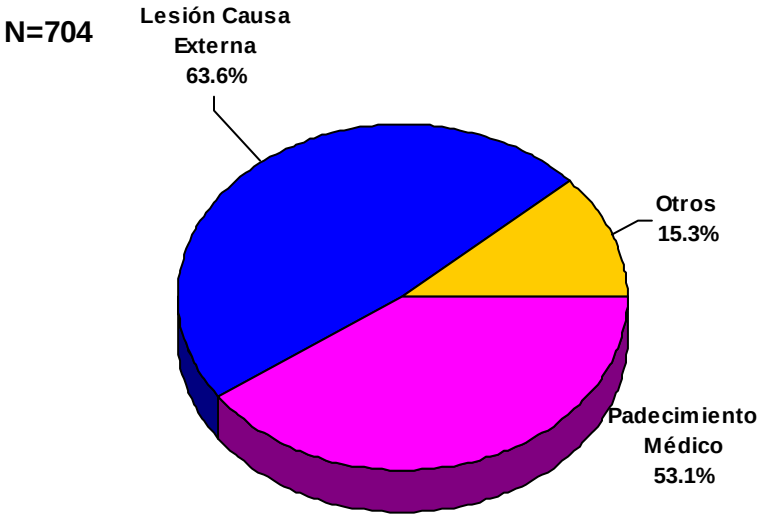
N=704



Fuente: SISVEA 2004

De los 704 pacientes atendidos, 374 sujetos que representan el 53.1%, manifestaron un padecimiento médico como **motivo de ingreso** y en 448 casos (63.6%) se brindó la atención por presentar alguna lesión de causa externa, un 15.3% recibió atención por otros motivos como lo fueron curaciones, retiro de suturas, etc. **(Ver Gráfico Nº 49)**

GRÁFICO 49: MOTIVOS DE INGRESO



Fuente: SISVEA 2004

Encontramos dentro de los **padecimientos médicos** a las enfermedades bronco pulmonares, como la bronquitis, enfisema y asma con un 3.2%, las afecciones osteomusculares se presentaron en el 30.7%, siendo estas las que presentaron un mayor porcentaje, la cirrosis/gastritis con el 6.1%, la psicosis con alcohol y drogas con el 5.9% y un 5.3% corresponde a las urgencias quirúrgicas**. (Ver Cuadro Nº 29).**

CUADRO 29: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESOS SEGÚN PADECIMIENTO MÉDICO

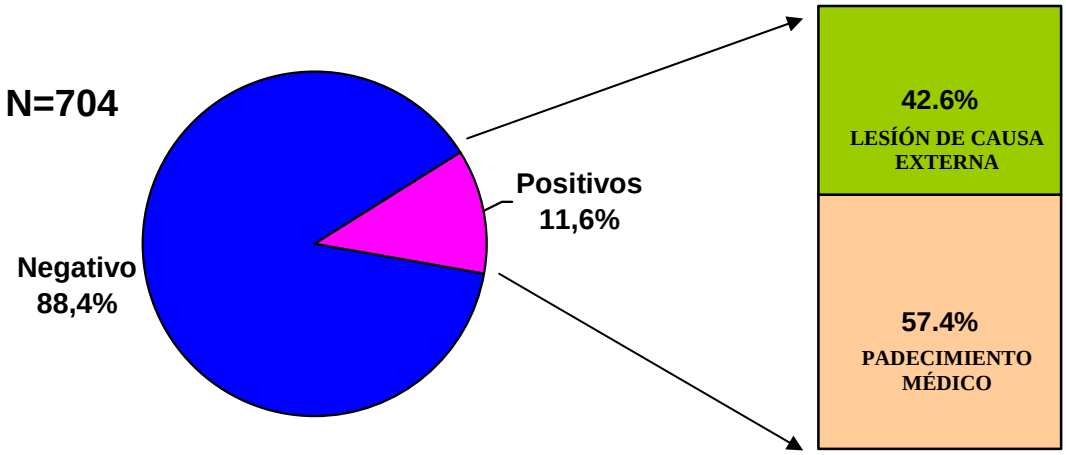
Tipo de Padecimiento	Número	Porcentaje
Bronquios y asma.	12	3.2%
Hipertensión arterial.	19	5.1%
Enfermedad vascular cerebral.	1	0.3%
Neurológicas.	10	2.7%
Cirrosis/ Gastritis.	23	6.1%
Sangrado de tubo digestivo.	6	1.6%
Urgencias quirúrgicas.	20	5.3%
Psicosis por alcohol o drogas.	22	5.9%
Afecciones Gineco-obstétricas.	10	2.7%
Osteomusculares.	115	30.7%
Dermatológicas.	15	4.0%
Diabetes Mellitus.	13	3.5%
Otras.	108	28.9%
Total	**374**	**100**

Las lesiones producidas por una causa externa que se presentaron con mayor incidencia fueron las de tipo accidental, donde predominan las caídas con un 35.3%, seguidas con un 23% las provocadas por golpes y en el 12.3% con heridas por objeto punzo-cortante. **(Ver Cuadro 30)**

CUADRO 30: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA COMO MOTIVO DE INGRESO		
Lesiones de Causa Externa.	**Número**	**Porcentaje**
Accidente automovilístico	40	8.9%
Atropellados	20	4.5%
Caída	158	35.3%
Envenenamientos/Intoxicaciones	27	6.0%
Golpes	103	23%
Heridos por arma de fuego	3	0.7%
Heridos por arma punzo cortante	55	12.3%
Aplastamiento	3	0.7%
Quemaduras	7	1.6%
Asfixia	1	0.2%
Otras	31	6.9%
Total	**448**	**100**

De los 704 sujetos atendidos, el 11.6% que representan 82 casos, tuvieron relación con el uso y abuso de sustancias adictivas, de los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 35 de ellos presentaron lesión de causa externa que corresponde a un 42.6% y 47 sujetos (57.4%) ingresaron por presentar algún padecimiento médico. **(Ver Gráfico Nº 50)**

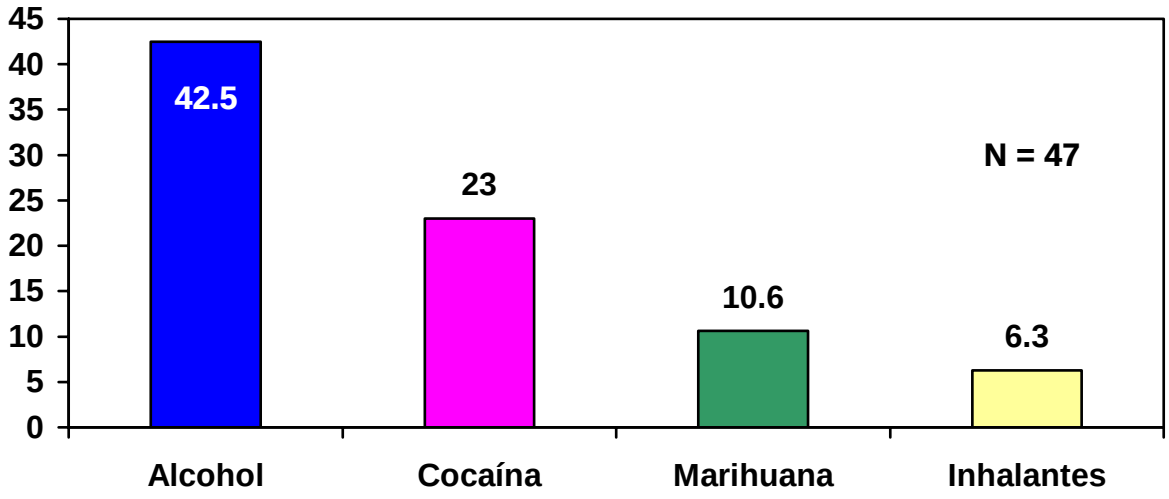
GRÁFICO 50: MOTIVO DE INGRESO SEGÚN USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS



Fuente: SISVEA 2004

De los 47 sujetos con padecimiento médico relacionados con sustancias adictivas, el 42.5% se asoció al alcohol, un 10.6% a la marihuana, los inhalantes con el 6.3% de los casos, con cocaína el 23%, para tabaco un 8.5% y con igual porcentaje, los tranquilizantes. **(Ver gráfico Nº 51).**

GRÁFICO 51: SUSTANCIAS ADICTIVAS ASOCIADAS A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIAS POR PADECIMIENTOS MÉDICOS



Fuente: SISVEA 2004

Dentro del rubro de las **enfermedades asociadas al alcohol**, el 15% presentó alteraciones gastrointestinales como la cirrosis/gastritis y el 55% de los sujetos presentaron psicosis. En lo que respecta a la marihuana se registraron 5 casos, por enfermedad cerebro vascular, urgencias quirúrgicas, psicosis, afecciones osteomusculares y con otro tipo de patología, representadas con el 20% para cada una de ellas, la cocaína registró 11 casos de los cuales 7 (63.6%) son por psicosis tóxica. **(Ver cuadro nº 31).**

CUADRO 31: PADECIMIENTOS MÉDICOS ASOCIADOS A SUSTANCIAS ADICTIVAS				
Padecimiento médico	Alcohol	Marihuana	Inhalantes	Cocaína
	N = 20 (42.5%)	**N = 5 (10.6%)**	**N = 3 (6.3%)**	**N = 11 (23%)**
Cirrosis / gastritis	15%	-	33.3%	-
Urgencias quirúrgicas	-	20%	-	9.1%
Psicosis alcohólica / drogas	55%	20%	-	63.6%
Afección osteomuscular.	5%	20%	-	18.2%
Enfermedad cerebro vasculares.	5%	20%	-	-
Bronquitis/Enfisema/Asma	5%		-	-
Otras	20%	20%	66.7%	9.1%
Total	**100**	**100**	**100**	**100**

En relación a las lesiones provocadas por causa externa que ocurrieron bajo el efecto de alguna droga, se registraron 35 casos lo que representa el 7.9% de los pacientes atendidos bajo esta condición, de los cuales 19 sujetos (54.2%) estuvieron **relacionados con el alcohol,** el 8.5% ocurrió bajo el efecto de cannabinoides con 3 casos, bajo el influjo de cocaína se reportaron 6 casos lo que le corresponde un 17.1% y para los tranquilizantes un 2.8%.

Como se puede observar en el cuadro Nº 5, donde describimos las lesiones de causa externa relacionadas con diversas sustancias adictivas, encontramos que en el **alcohol** las caídas representan un 10.5% y el 36.8% fueron lesiones provocadas por los golpes; las que se asocian con **marihuana,** el 33.3% fueron provocadas por caídas y los atropellamientos en un 33.3%. Se registraron dos casos asociados a inhalantes y la lesión fue ocasionada por envenenamiento / intoxicación y otras. **(Ver Cuadro Nº 32)**

CUADRO 32: LESIONES POR CAUSA EXTERNA RELACIONADAS CON SUSTANCIAS ADICTIVAS

Lesiones por causa externa	Alcohol	Cannabis	Coca	Tranq.	Inhal.	Tabaco
	N = 19 (54.2%)	N = 3 (8.5%)	N = 6 (17.1%)	N = 1 (2.8%)	N = 2 (5.7%)	N = 3 (8.5%)
Caída	10.5	33.3	33.3			33.3
Envenenamiento	10.5	0	33.3	100	50	
Golpes	36.6	0	16.7			33.3
Herida por objeto punzo-cortante	10.5	0	0	33.3		
Atropellamiento		33.3				
Accidente automovilístico	15.8		16.7			
Otras	15.8	33.4	0		50	33.4
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 60.7%.

2. Los días de mayor demanda para los servicios de Urgencias en la Zona Metropolitana de Guadalajara, son los miércoles y lunes con el 18.4% y 17.7% respectivamente.

3. La demanda de servicios de urgencias predomina en el turno vespertino con el 37.5% de los casos atendidos.

4. Los grupos de edad que más demandan los servicios de urgencias médicas se encuentra en el grupo de los 20 a 29 años y mayores, aunque se encuentra una importante proporción para los grupos de jóvenes entre los 15 a 19 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 63.6%.

6. El 11.6% de todas las lesiones de causa externa tuvieron relación con sustancias adictivas, siendo el alcohol y la cocaína las más frecuentes asociadas en un 54.2% y en el 17.1% de los casos respectivamente.

7. Las lesiones asociadas al alcohol, fueron las de tipo accidental como las caídas y los golpes.

8. El 12.5% de los padecimientos de tipo médico fueron relacionados con el uso y abuso de alguna sustancia adictiva, siendo también el alcohol y la cocaína las que se encontraron como más frecuentes con el 42.5% y 23% en cada una de ellas.

9. Las entidades nosológicas que se encontraron como motivo de ingreso y asociadas al alcohol son las digestivas como son la cirrosis/gastritis, y las neurológicas como la psicosis.

SALUD MENTAL

SISVEA, RESULTADOS 2004

SALUD MENTAL

En este indicador contamos con la participación del Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud con sus Unidades de Estancia Breve, registrando a 723 pacientes de primera vez, durante el período comprendido entre el mes de enero a diciembre del 2004 con las características sociodemográficas siguientes:

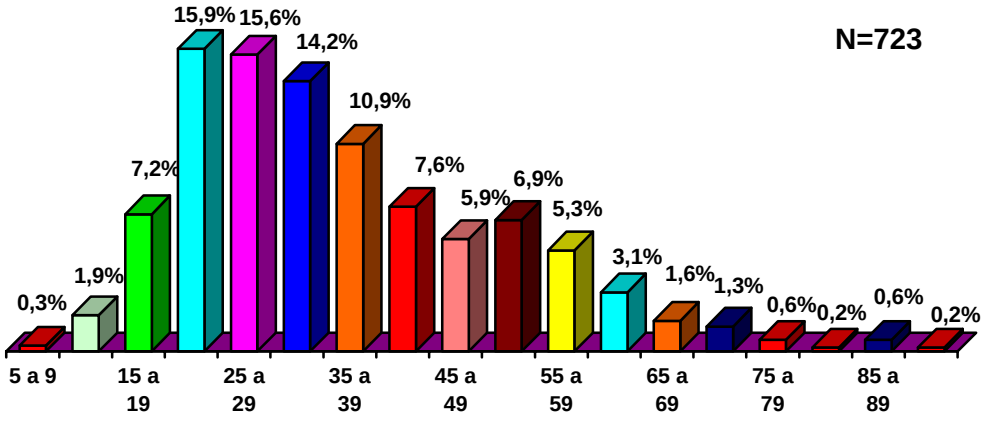
La **distribución por género** de los pacientes atendidos en los servicios de estas Unidades Médicas son, el 40.8% pertenece al sexo masculino y el 59.2% al femenino. **(Ver gráfico Nº 52)**

GRÁFICO 52: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

N=723

Con respecto a la **edad de afluencia** que con mayor frecuencia acude a solicitar la atención médica psiquiátrica, es el grupo entre los 20 a 24 años con el 15.9%; seguido por el de 25 a 29 años con un 15.6%; el grupo de los 30 a 34 años representa el 14.2% y 10.9% para los de 35 a 39 años; la población joven de 15 a 19 años es el 7.2%. El grupo de edad que se atiende con menor incidencia es el grupo pediátrico con el 1.9% en los menores de 14 años y un 0.3% entre los de 5 a 9 años.
(Grafico Nº 53)

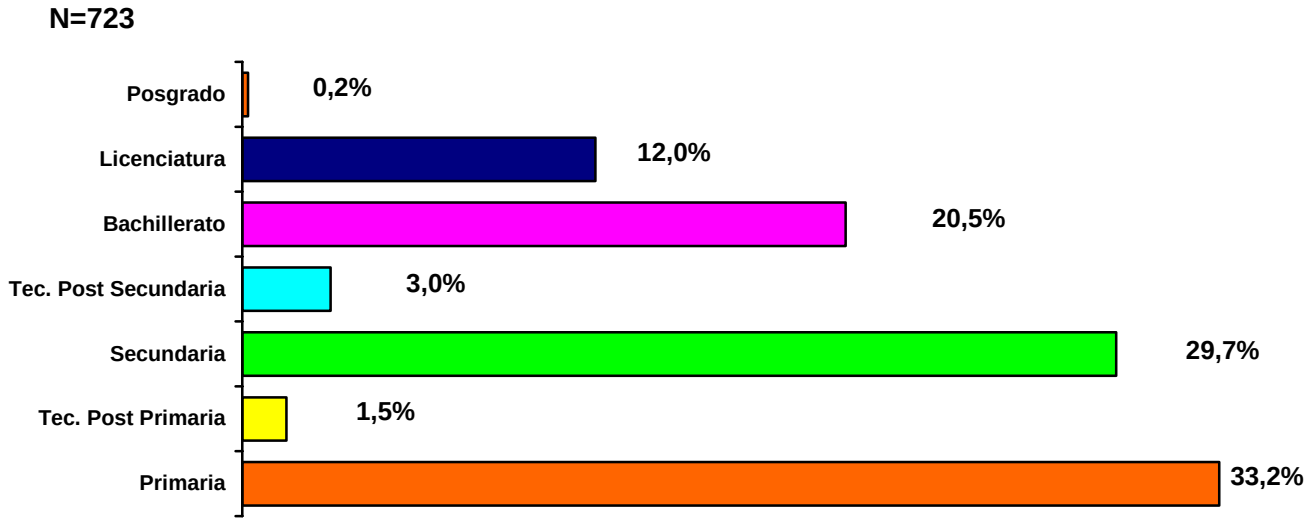
GRÁFICO 53: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: SISVEA 2004

Con relación al **nivel de instrucción educativa,** la mayoría de los pacientes refiere que cursó Primaria, siendo un 33.2%, seguidos por los de Secundaria con 29.7%, el 20.5% tiene un nivel de Bachillerato, un 12% con Licenciatura y por último tenemos a los que son técnicos post-primaria con sólo el 1.5%, a los técnico-post-secundaria con el 3%; y con postgrado el 0.2%. **(Gráfico no. 54)**

GRÁFICO 54: ESCOLARIDAD

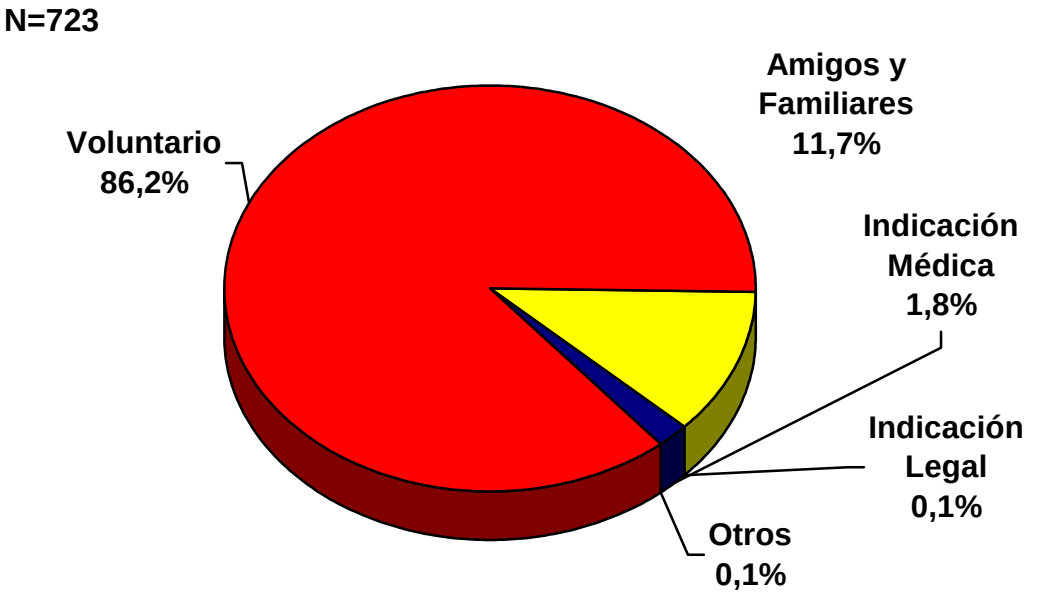


Fuente: SISVEA 2004

En lo que respecta al **estado civil** encontramos que tienen mayor prevalencia los casados con el 50.8%, con 33.7% se encuentra el grupo de los solteros, un 5.7% se encuentran los separados, otro 4.1% son viudos, el 3.7% en unión libre y con el 1.9% se encuentran los divorciados.

La **forma en que acudieron a recibir tratamiento**, refiere que la mejor vía para que el paciente reciba la atención médica especializada es en forma voluntaria con el 86.2%, con 11.7% es por la motivación que ejercen los amigos y/o familiares, por lo que, los que acudieron a esta unidad lo hicieron plenamente convencidos; en contraste tenemos que uno de los motivos que es necesario reforzar, es el diagnóstico de enfermedades mentales en el primer y segundo nivel de atención y éstos sean derivados a los profesionales del tercer nivel, ya que sólo el 1.8% acudió por indicación médica y el 0.1% de los casos fue obligado a asistir por alguna indicación de tipo legal. **(Gráfico 55)**

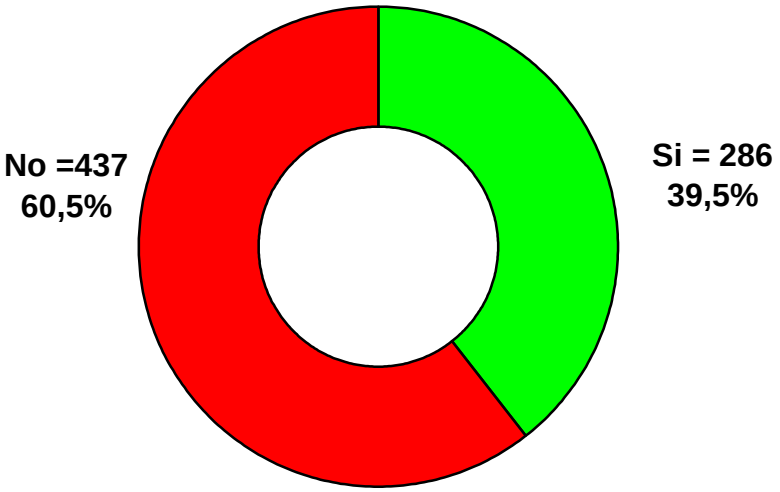
GRÁFICO 55: FORMA EN QUE ACUDEN A TRATAMIENTO



Fuente: SISVEA 2004

De los 723 pacientes que acudieron a recibir atención, de los cuales se tiene el antecedente de que **usaron sustancias adictivas antes de recibir el tratamiento psiquiátrico**, se registraron 286 casos, lo que representa el 39.5%; registrándose al tabaco como droga de inicio con 42%, en segundo lugar encontramos el alcohol con el 41.3%; la marihuana con 8%, seguida de la cocaína en un 5.6%, así como para el opio y morfina en un 1%; para los hidrocarburos con el 0.7%, de menor preferencia para iniciar el consumo, están los alucinógenos y tranquilizantes con el 0.3% respectivamente para cada uno de ellos. **(Ver Gráficos Nº 56 y 57)**

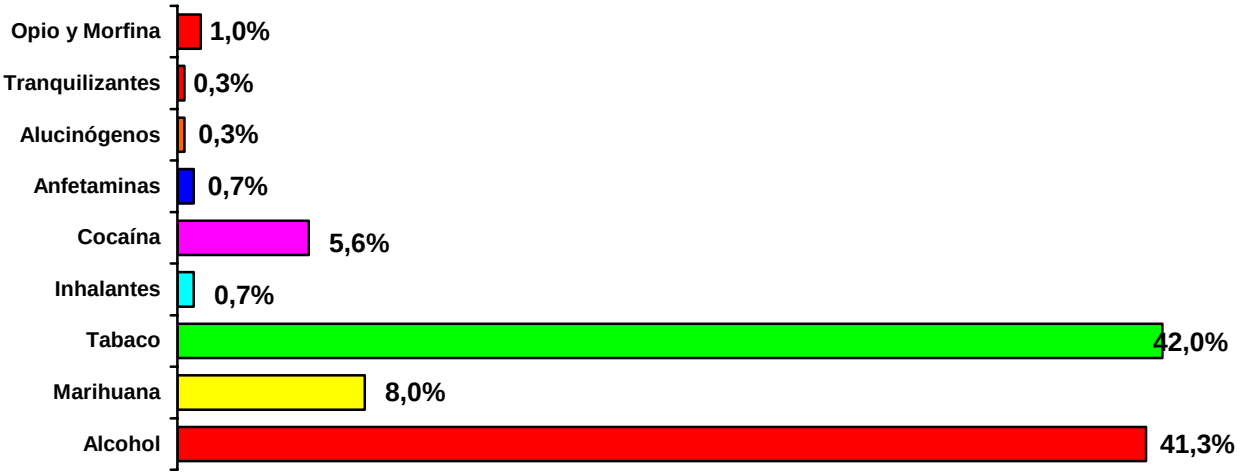
GRÁFICO 56: USO DE DROGAS ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO



Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 57: DROGAS DE INICIO ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

N=286



Fuente: SISVEA 2004

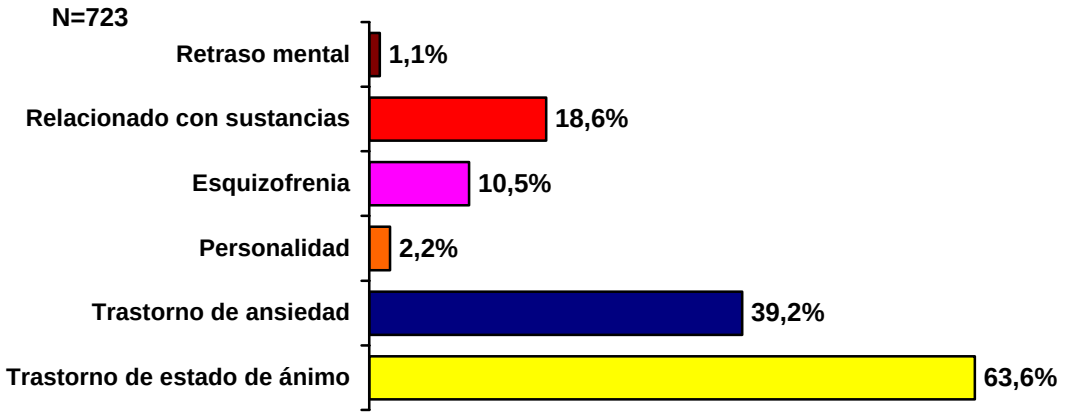
Los pacientes que refirieron **usar drogas durante el tratamiento** corresponde a 10 sujetos, es evidente que predominan las sustancias de tipo médico como son los tranquilizantes en el 90% de ellos, seguido por drogas médicas con el 40%, el basuco fue consumido por un 20%, 10% utilizó el alcohol y la misma proporción para el tabaco. Sólo 3 sujetos refirieron seguir consumiendo **drogas después de recibir el tratamiento psiquiátrico,** se registró un caso de usuarios de basuco, para alcohol, marihuana y drogas médicas, correspondiendo el 25% para cada uno de ellos. **(Cuadro Nº 33)**

CUADRO 33: SUSTANCIAS ADICTIVAS CONSUMIDAS POR LOS PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Droga	Antes N= 286	Durante N= 10	Después N= 3
Alcohol	**41.3%**	**10%**	**33.3%**
Marihuana	**8.0%**	**-**	**33.3%**
Inhalables	**0.7%**	**-**	**-**
Cocaína	**5.6%**	**-**	**-**
Tranquilizantes	**0.3%**	**90%**	**66.6%-**
Alucinógenos	**0.3%**	**-**	**-**
Opio y morfina	**1.0%**	**-**	**-**
Anfetaminas	**0.7%**	**-**	**-**
Tabaco	**42%**	**10%**	**-**
Drogas Médicas	**-**	**40%**	**33.3**
Basuco	**-**	**20%**	**33.3**

En las entidades nosológicas diagnosticadas a estos pacientes, encontramos a los Trastornos del estado de ánimo como el padecimiento más frecuente en 460 sujetos que representa el 63.6%; en segundo lugar tenemos a los Trastornos de ansiedad con un 39.2% con 284 sujetos, en tercer lugar a 135 sujetos representando 18.6% de los padecimientos relacionados con sustancias, a los Trastornos psicóticos con un 10.5% con 76 pacientes, 16 casos que son el 2.2%, se relacionan con Trastornos de la personalidad y por último tenemos con el 1.1% a 8 pacientes registrados con Retraso mental. **(Ver gráfico Nº 58)**

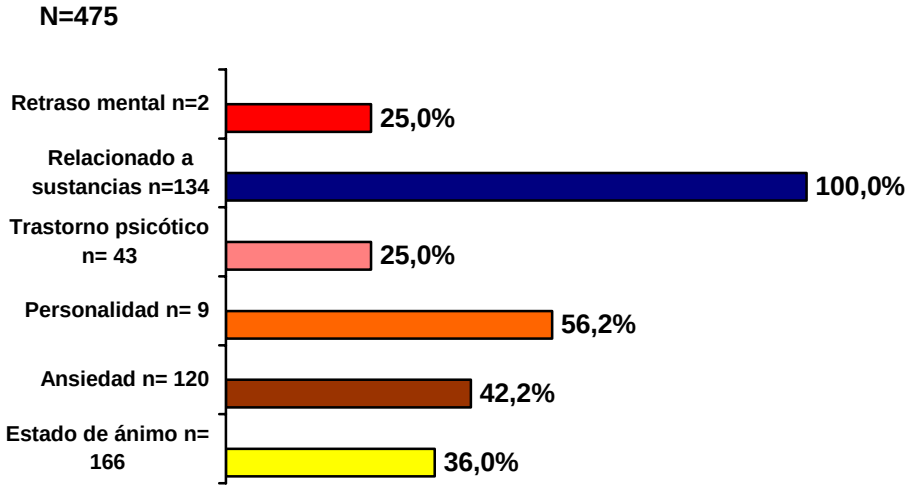
GRÁFICO 58: TIPO DE TRASTORNO



Fuente: SISVEA 2004

El consumo de sustancias adictivas se ve fuertemente asociado a cualquier tipo de Trastorno mental**, como se observa en el** gráfico número 8**, el 100% de los pacientes tienen algún trastorno relacionado con alguna sustancia; el 36% de los pacientes con trastorno relacionado con el estado de ánimo consumen alguna droga; los casos con trastorno de ansiedad son el 42.2%, como la esquizofrenia las han consumido en el 56.6%, el 100% está relacionado con el consumo de sustancias, de los que tienen algún trastorno de personalidad y consumen drogas con el 56.2% y con el 25% de los pacientes con trastorno mental.** (Ver Gráfico Nº 59)

GRÁFICO 59: USO DE SUSTANCIAS SEGÚN TIPO DE TRASTORNO



Fuente: SISVEA 2004

Como podemos observar en el cuadro Nº 30, **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; el tabaco fue la segunda droga de inicio registrándose en todos los trastornos mentales, encontramos a la marihuana como tercer droga de preferencia, el registro mayor fue en los pacientes retraso mental y ninguno en los trastornos de personalidad; la cocaína fue relacionada con todos los trastornos a excepción de los pacientes que padecen retraso mental. **(Ver Cuadro Nº 34)**

CUADRO 34: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DROGAS DE INICIO SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL						
Droga de Inicio	Ánimo N = 166	Ansiedad N = 120	Personalidad N = 9	Esquizofrenia N = 43	Rel/sust N = 135	Retraso Mental N = 2
Alcohol	42.2	46.7	55.6	46.6	41.8	50
Marihuana	6.6	7.5	-	11.6	11.2	50
Inhalantes	0.6	0.8	-	2.3	0.7	-
Cocaína	6.0	5.8	11.1	4.7	6.0	-
Tranquilizantes	0.6	0.8	-	-	0.7	-
Anfetaminas	-	-	-	4.7	-	
Tabaco	44	36.7	33.3	25.6	38.1	-
Opio y morfina	-	0.8	-	4.7	-	-
Total	100	100	100	100	100	100

Al alcohol lo encontramos dentro de las primeras **drogas que ocasionan mayor impacto** en todos los padecimientos sobresaliendo los trastornos de personalidad, ansiedad, ánimo, esquizofrenia y los relacionado con sustancias; en segundo lugar encontramos al tabaco en los siguientes trastornos, ánimo, ansiedad, personalidad, esquizofrenia y los relacionados con sustancias; en tercer lugar encontramos a la cocaína la cual se encuentra en casi todos los trastornos a excepción del trastorno mental; en cuarto lugar aparece el opio en los que tienen trastornos de ansiedad, esquizofrenia y los relacionados con sustancias; las anfetaminas se encuentran en los siguientes trastornos del ánimo, ansiedad y esquizofrenias. **(Ver cuadro Nº 35)**

CUADRO 35: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DROGA DE MAYOR IMPACTO SEGÚN TIPO DE TRASTORNO MENTAL						
Droga de Impacto	Ánimo N= 158	Ansiedad N = 117	Personalidad N = 7	Esquizofrenia N =40	Rel/sust N = 129	Retraso Mental N = 2
Alcohol	34.2	33.3	85.7	42.5	29.5	
Marihuana	7.6	7.7	-	12.5	9.3	50
Alucinógenos	-	1.7	-	-	0.8	-
Inhalantes	1.9	1.7	-	2.5	3.1	50
Cocaína	12.7	18.8		12.5	17.1	-
Crack	0.6	-	-	-	0.8	-
Tranquilizantes	3.2	0.9	-	-	3.9	-
Anfetaminas	0.6	0.9	-	5	-	-
Tabaco	38.6	33.3	14.3	17.5	32.6	-
Cristal	-	-	-	2.5	0.8	-
Opio y morfina		0.9		5	1.6	-
Basuco	0.6	0.9	-		0.8	-
Total	100	100	100	100	100	100

CONCLUSIONES

1. Los pacientes que con mayor frecuencia acuden a recibir tratamiento psiquiátrico pertenecen al sexo femenino.

2. La edad de los pacientes que son atendidos pertenecen al grupo de edad de los 20 a 24años.

3. Existe poca afluencia de pacientes en edad pediátrica.

4. El 33.2% de los pacientes cursaron la primaria, por lo que el nivel de educación es bajo.

5. La manera en que acuden los pacientes a recibir tratamiento psiquiátrico es de forma voluntaria, seguida por invitación de algún amigo o familiar.

6. La proporción más baja de la forma en que acuden, es la indicación legal y médica, situación que nos debe hacer reflexionar que la comunidad médica debe tener mayor capacidad en el diagnóstico y la referencia de los casos en forma oportuna.

7. Las drogas de inicio que se consumen con mayor frecuencia antes de recibir el tratamiento psiquiátrico son el alcohol, la cocaína, el tabaco y la marihuana.

8. Las drogas de mayor consumo por los pacientes mientras reciben el tratamiento son los tranquilizantes y los antidepresivos.

9. La droga que refieren los pacientes atendidos como la de mayor impacto es el alcohol.

10. La marihuana y el alcohol son las drogas de mayor impacto en los trastornos mentales.

11. Los trastornos del estado de ánimo, son los que más se diagnostican en este indicador de salud mental.

MENORES INFRACTORES

SISVEA, RESULTADOS 2004

MENORES INFRACTORES

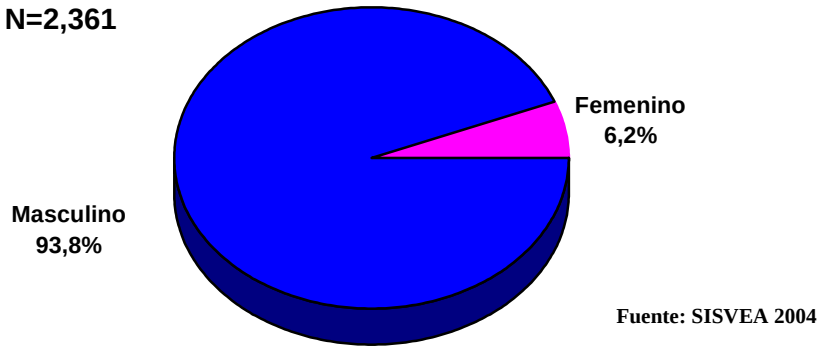
En este indicador se registran a todos los menores que por diversas razones cometen algún tipo de infracción y son remitidos al **Centro de Observación de Menores (COM) de la Ciudad de Guadalajara.**

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

Se incluyeron a 2,361 sujetos, quienes ingresaron a esta Institución durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2004, con las siguientes características sociodemográficas:

En cuanto a la **distribución por género** el 93.8% pertenece al masculino y el 6.2% son del femenino. **(Gráfico n º 60)**

GRÁFICO 60: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

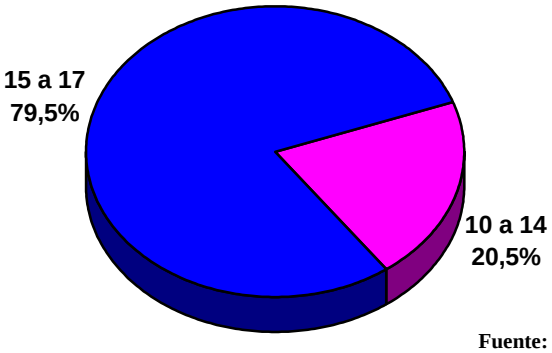


Fuente: SISVEA 2004

La **distribución por grupos de edad** de los menores de este Centro de Observación, tenemos que la mayoría se encuentra entre los 15 a 17 años, puesto que este grupo de edad obtuvo el 79.5% y de los 10 a 14 años el 20.5%.**(Gráfico nº 61).**

GRÁFICO 61: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

N=2,361

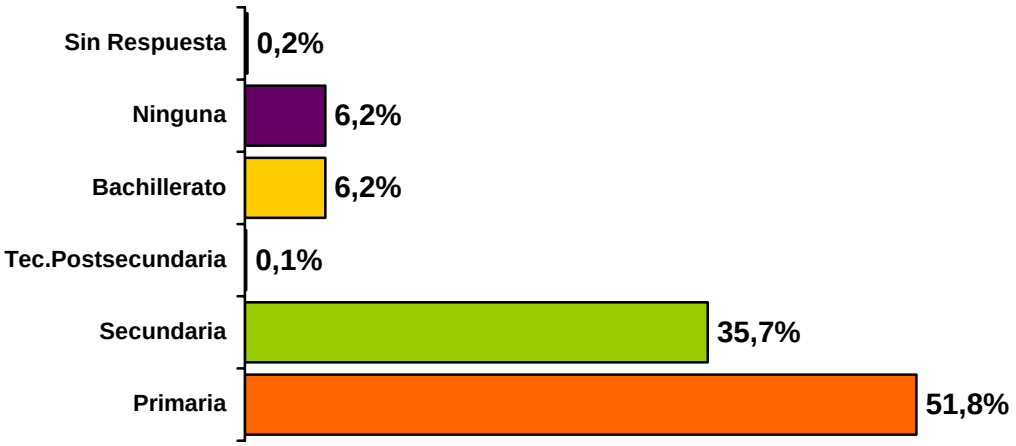


Fuente: SISVEA 2004

Con relación al **nivel de escolaridad de los menores**, encontramos al mayor grupo en aquellos que han cursado la educación primaria con el 51.8%, el 35.7% refiere haber cursado la secundaria y un 6.2% el bachillerato; es de hacer notar que la misma proporción que cursó el bachillerato no tuvo la oportunidad de acudir al plantel escolar. **(Gráfico nº 62).**

GRÁFICO 62: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MENORES INFRACTORES SEGÚN ESCOLARIDAD

N=2,361

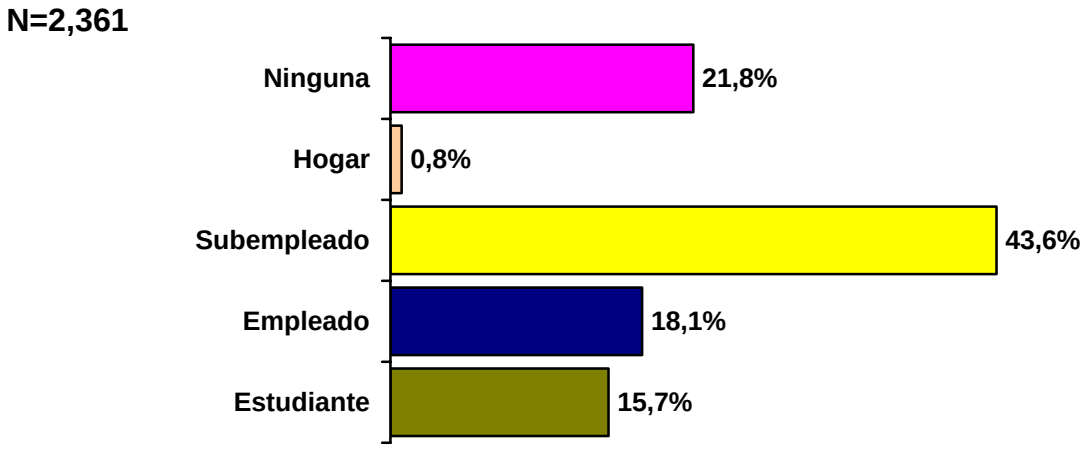


Fuente: SISVEA 2004

Con relación al **estado civil de estos menores,** el 93.4% refieren ser solteros, en unión libre se encuentra un 5.8%, separados y casados representan el 0.3% y 0.5% respectivamente, un sólo caso se reportó como divorciado.

Con respecto a la **ocupación** que estos menores desarrollan, encontramos como la principal forma de subsistir, al subempleo, como lo es el limpiar vidrios, realizar algún servicio, etc. puesto que el 43.6% consigue dinero de esta manera; al empleo formal se dedica el 18.1%; un 21.8% refiere no desempeñar actividad alguna; otro 15.7% manifiestan ser estudiantes y el 0.8% se dedica a las actividades domésticas; aunque en este último predomina el sexo femenino. **(Ver gráfico nº 63)**

GRÁFICO 63: OCUPACIÓN

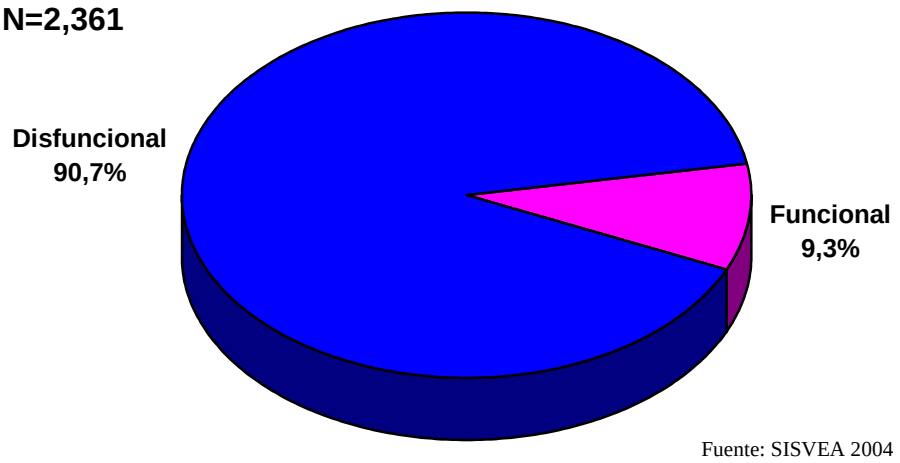


Fuente: SISVEA 2004

Al evaluar el **nivel socioeconómico** del menor y su familia, la gran mayoría pertenece a una clase social económicamente desprotegida, registrándose el 96.9% como bajo, un 1.4% son considerados como medio bajo, el 0.8% pertenecen al estrato socioeconómico medio y sólo el 0.5% y 0.4% es medio alto y alto.

La familia en su composición así como en el cumplimiento de sus roles juega un papel importante en la generación de menores sanos o de lo contrario con conductas de tipo antisocial, donde se observa una mayor incidencia en la comisión de infracciones. En este grupo encontramos que el 90.7% pertenece a una familia de tipo disfuncional. En cuanto a su composición el 54.3% de las familias se catalogó como extensa, un 45.7% es integrante de una familia nuclear y sólo el 9.3% provienen de una funcional**. (Gráfico nº 64).**

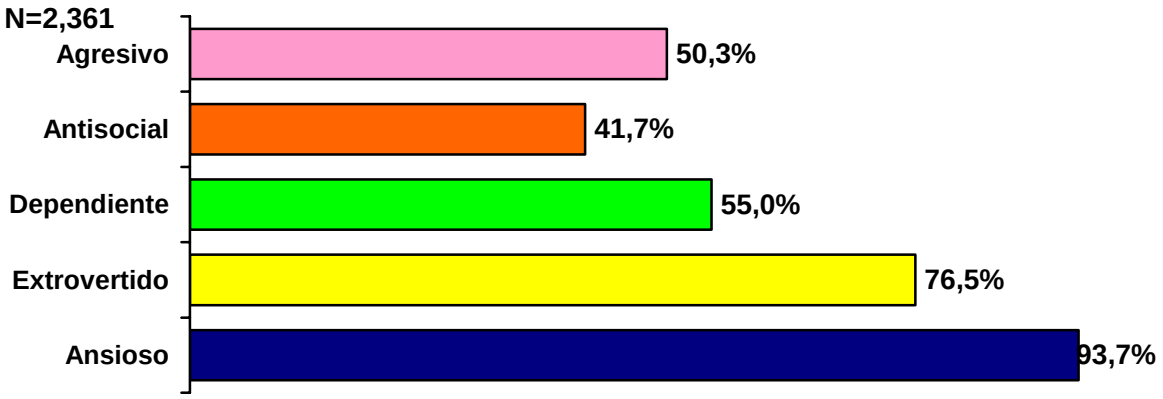
GRÁFICO 64: TIPO DE FAMILIA



Fuente: SISVEA 2004

El resultado del examen psicológico aplicado a los jóvenes, revela que las características de personalidad **en este tipo de población es la siguiente: el 93.7% se dictamina que muestra ansiedad, un 76.5% son considerados como extrovertidos, con 55% los dependientes y el 41.7% tienen una conducta de tipo antisocial, mostrando agresividad el 50.3% de los casos.** (Gráfico nº 65).

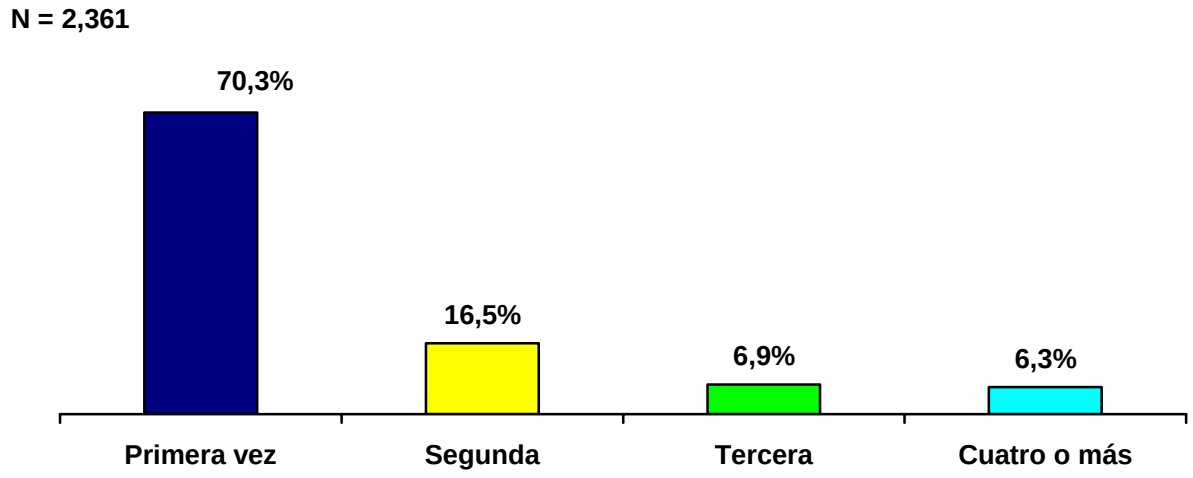
GRÁFICO 65: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD



Fuente: SISVEA 2004

Sólo el 22.3% de los menores presenta algún tatuaje y un 18.3% refiere pertenecer a una banda, 70.3% de los casos hace referencia que es su primer ingreso a la Institución, el 16.5% es de segundo ingreso, el 6.9% ha ingresado por lo menos 3 ocasiones y 4 veces o más ingresos representan 6.3% (Gráfico nº 66).

GRÁFICO 66: NÚMERO DE INGRESOS AL COMI



Fuente: Consejo Tutelar de Menores Infractores 2004

Como se puede observar en el cuadro número 1, se muestra el **tipo de infracción** que con mayor frecuencia cometen los menores, siendo el robo con un 45.7%, seguido por los delitos contra la salud que corresponden al 31.4% y con 5.4% por portar algún arma prohibida, el 3.2% fue detenido por consumir drogas, otro 4.4% provocó daños en propiedad ajena y un 5.5% por provocar lesiones. **(Cuadro nº 36)**

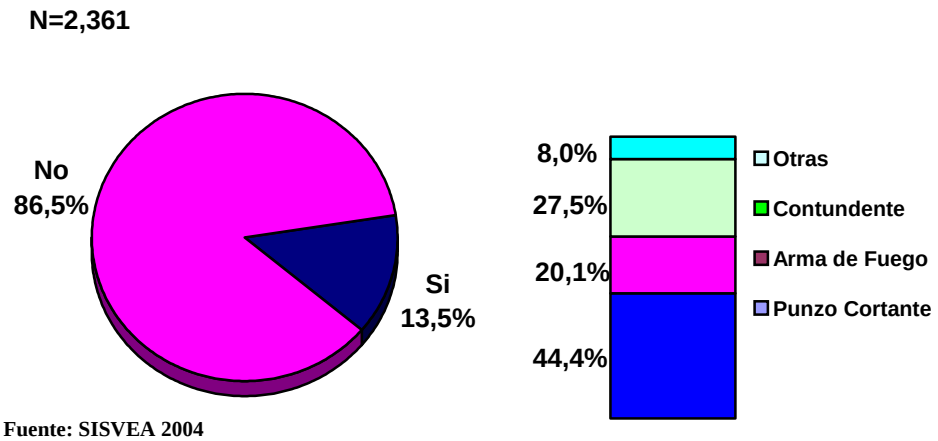
CUADRO 36: TIPO DE INFRACCIÓN COMETIDA POR LOS MENORES

Infracción	Número	Porcentaje
Robo	**1,079**	**45.7**
Delitos contra la salud	**732**	**31.4**
Portar algún arma	**127**	**5.4**
Consumo de drogas	**75**	**3.2**
Daños en propiedad ajena	**104**	**4.4**
Lesiones	**129**	**5.5**
Violación	**39**	**1.7**
Homicidio	**23**	**1**
Secuestro	**6**	**0.3**
Otros	**142**	**6**

Los **lugares donde se presenta la mayor incidencia** para que los menores **cometan las infracciones** son en la vía pública en un 67.4% de los casos, otro sitio de alto riesgo es el hogar o en casa habitación con el 10% y en tercer lugar es el área laboral con sólo el 1.1%, registrándose como los de menor incidencia los lugares de diversión, la escuela y el aeropuerto.

Es de reflexionar que el 13.5% de los menores que ingresaron a la Institución cometieron la **infracción utilizando algún tipo de arma**. En relación a las armas utilizadas el 44.4% usó una de tipo punzo-cortante, el 20.1% utilizó un arma de fuego y un 27.5% con objeto contundente, el 8% armas de tipo bombas molotov. **(Gráfico nº 67)**

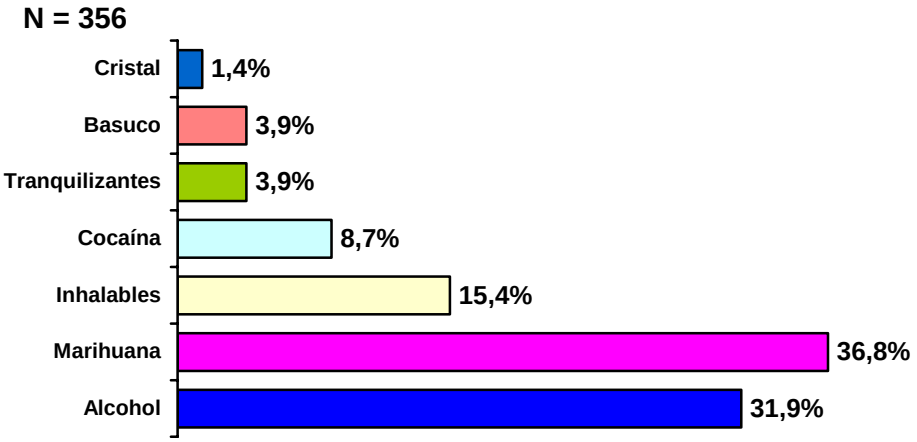
GRÁFICO 67: USO Y TIPO DE ARMA POR LOS MENORES PARA COMETER LA INFRACCIÓN



Fuente: SISVEA 2004

De los 2,361 sujetos, 356 menores cometieron la **infracción bajo el efecto de sustancias adictivas,** lo que representa el 15.1%. De acuerdo a las drogas relacionadas con la comisión de la infracción, encontramos como principales al alcohol con 31.9% de los casos, un 36.8% intoxicado con marihuana, el 15.4% con inhalables y el 8.7% con cocaína. **(Gráfico nº 68)**

GRÁFICO 68: SUSTANCIAS ASOCIADAS PARA COMETER LA INFRACCIÓN



Fuente: SISVEA 2004

De los 2,361 menores infractores en 1,598 casos, lo que representa un 67.6%, fueron diagnosticados como **usuarios habituales de sustancias que causan adicción. (Gráfico nº 69).**

GRÁFICO 69: MENORES USUARIOS HABITUALES DE DROGAS

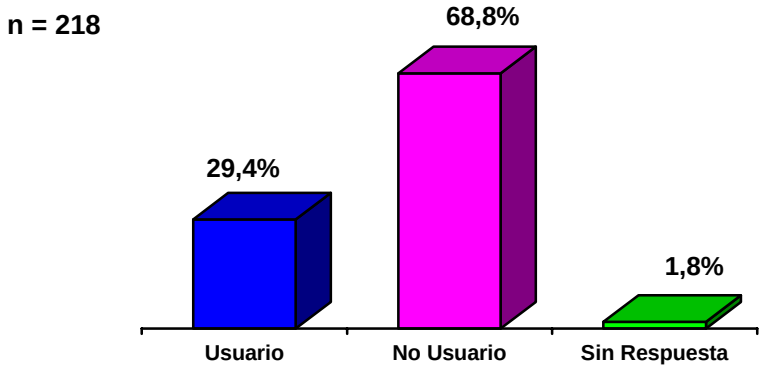
Fuente: SISVEA 2004

Las sustancias consumidas con mayor frecuencia por los 1,598 sujetos **son la marihuana en un 82.1% y en segundo lugar encontramos a los inhalantes con el 37.6%, en tercero a la cocaína con 35.6%, el basuco en el 22.2%, los tranquilizantes son consumidos por el 13.8% y prácticamente no tenemos problema con el consumo de derivados de opio. El resto de otras sustancias consumidas se esquematizan en el siguiente cuadro.** (Cuadro nº 37)

CUADRO 37: TIPO DE DROGA CONSUMIDA POR MENORES USUARIOS HABITUALES		
Tipo de droga	Número	Porcentaje
Alcohol	**98**	**6.1**
Marihuana	**1,313**	**82.1**
Inhalables	**602**	**37.6**
Alucinógenos	**19**	**1.1**
Heroína	**1**	**0.01**
Cocaína	**569**	**35.6**
Tranquilizantes	**222**	**13.8**
Anfetaminas	**2**	**0.01**
Crack	**51**	**3.1**
Tabaco	**109**	**6.8**
Psicotrópicos	**49**	**3**
Basuco o pasta base	**355**	**22.2**
Cristal	**65**	**4**

Al realizar una comparación de los menores usuarios habituales de sustancias adictivas con aquellos que no las usan, encontramos algunas diferencias entre el tipo de familia tanto en su composición como en la actitud, como se observa en el **gráfico número 70**, 218 menores pertenecen a una **familia catalogada funcional** y de ellos el 29.4% refiere ser usuario habitual de drogas, en comparación al 68.8% no son usuarios de sustancias adictivas y un poco más del 1.8% no respondió si es o no usuario habitual de alguna sustancia adictiva.

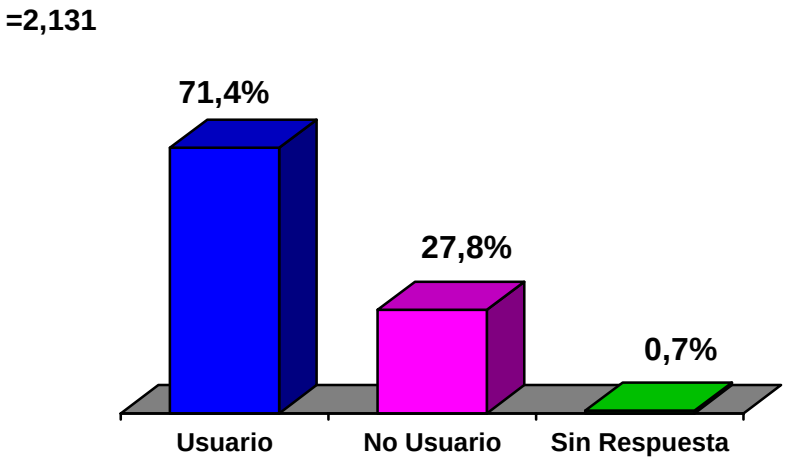
GRÁFICO 70: MENORES INFRACTORES CON FAMILIA FUNCIONAL SEGÚN USO HABITUAL DE DROGAS



Fuente: SISVEA 2004

Los menores que viven en una **familia catalogada como de actividad disfuncional**, suman 2,131, de los cuales el 71.4% de ellos son usuarios de sustancias adictivas en contraste con los no usuarios que sólo se obtuvo un registro del 27.8%. **(Gráfico nº 71)**

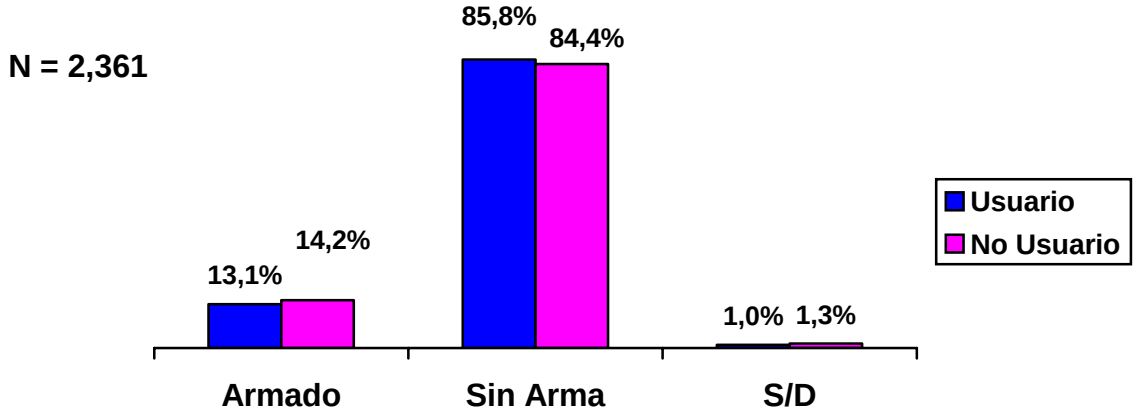
GRÁFICO 71: USUARIOS HABITUALES DE DROGAS SEGÚN FAMILIA DE TIPO DISFUNCIONAL



Fuente: SISVEA 2004

Con relación al **uso de arma al cometer algún ilícito,** encontramos una mayor proporción del uso de éstas en aquellos que no son usuarios de drogas con el 85.8% a diferencia que en los usuarios se registró el 13.1%, aunque desde el punto de vista estadístico no sea una diferencia significativa. **(Ver Gráfico 72)**

GRÁFICO 72: USO DE ARMAS Y SU RELACIÓN CON EL USO HABITUAL DE DROGAS.

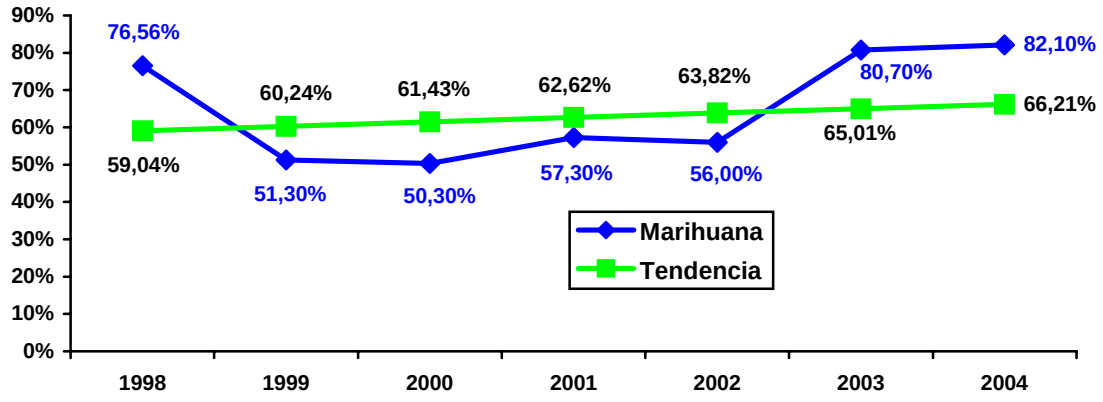


Fuente: SISVEA 2004

TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES POR MENORES INFRACTORES 1998 – 2004.

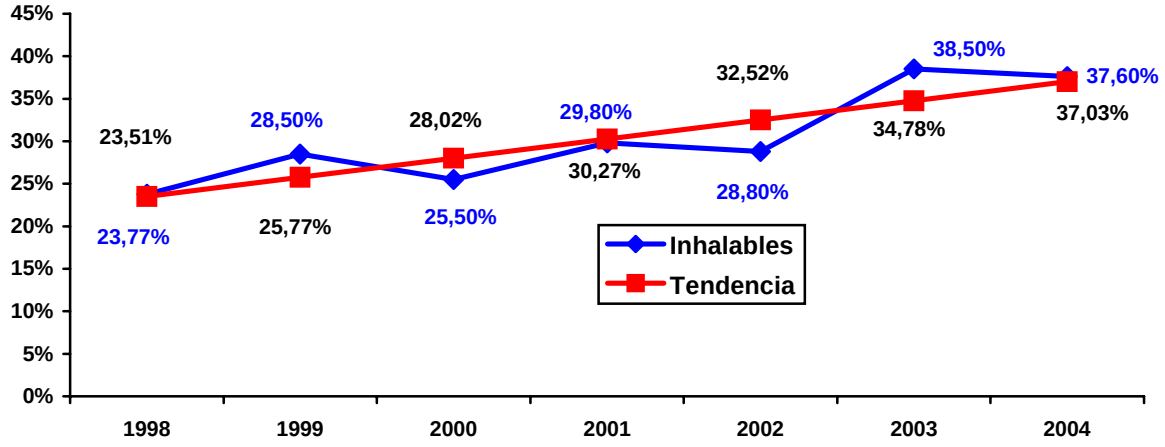
En el consumo de sustancias ilegales por menores infractores se ha observado un decremento en el uso **de marihuana**, pasando por el 76.5% en el año 1998 hasta el 56% en el 2002; sin embargo en el año 2004 nos encontramos con un ascenso en el consumo de esta sustancia llegando hasta el 82.1%; asimismo, los **inhalantes** han presentado un incremento gradual pasando del 23.7% hasta el 37.6% en el año 2004; en el 2003 observamos que la **cocaína** registra un ascenso similar a lo que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2002 registrando un 38.4%, pasando del 16.1% en 1998 a un 49.6% para el 2003 y en el 2004 desciende hasta el 35.6%; con tendencia similar de ascenso se observan al grupo de los **tranquilizantes,** mostrando 2 picos de ascenso en el año 2001 y 2004. **(Ver gráfico º 73 - 76)**

GRÁFICO 73: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE MARIHUANA POR MENORES INFRACTORES



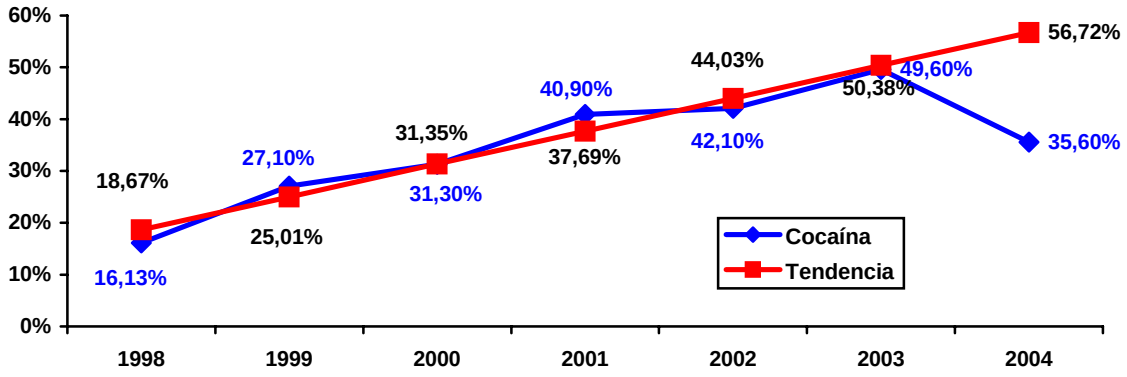
Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 74: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE INHALABLES



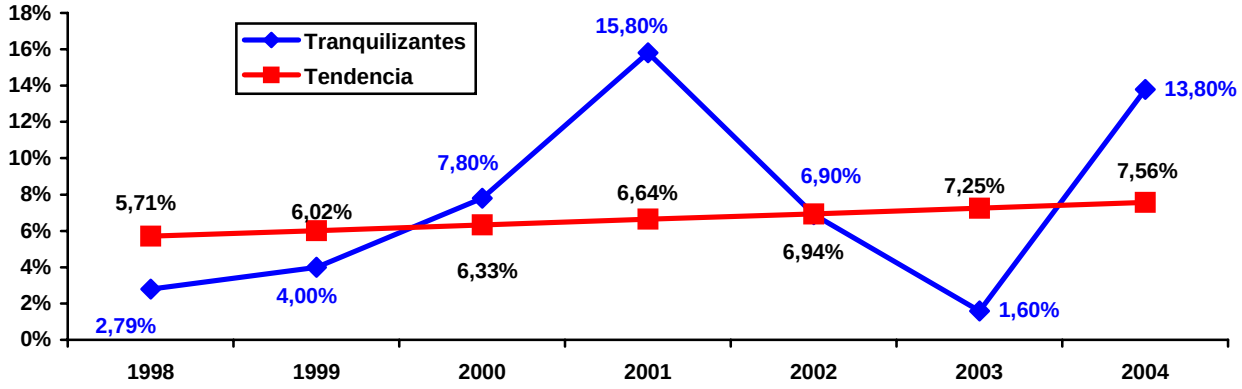
Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 75: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE COCAÍNA



Fuente: SISVEA 2004

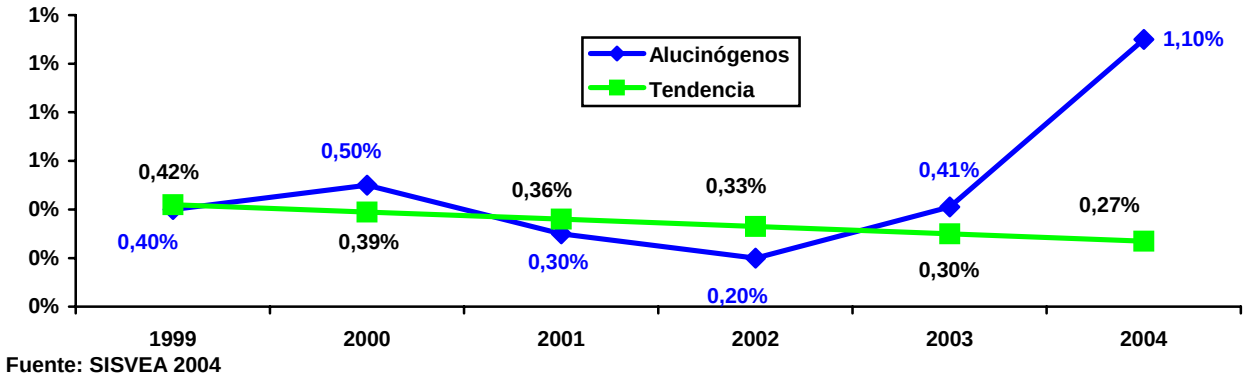
GRÁFICO 76: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES.



Fuente: SISVEA 2004

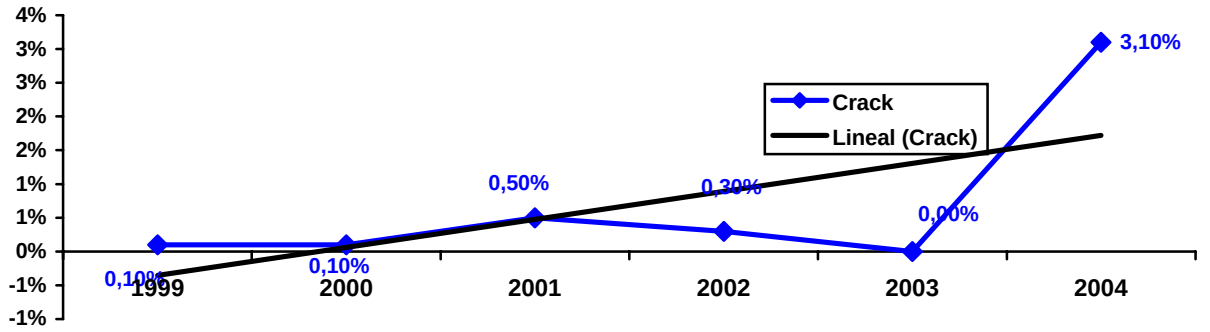
Durante estos últimos 6 años de registro, ha aparecido el uso de otras drogas en los menores infractores, como se observa en el gráfico 18, los **alucinógenos** son sustancias que tendieron hacia la baja desde 1999 y para el 2002 muestra un incremento en usuarios durante los últimos 2 años. El **crack** muestra una mayor incidencia en el consumo durante el año 2004 con un 3.1% de los menores. **En lo que se refiere al cristal** se ha observado un aumento ligero de estas sustancias, las cuales deben de ser vistas cercanamente, porque en algunos años podrían ser drogas con un número importante de usuarios, aunque en el 2004 se registró un menor número de usuarios, así mismo no se registraron casos de usuarios de heroína durante el 2004. **(Gráficos Nº 77 - 80)**

GRÁFICO 77: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS



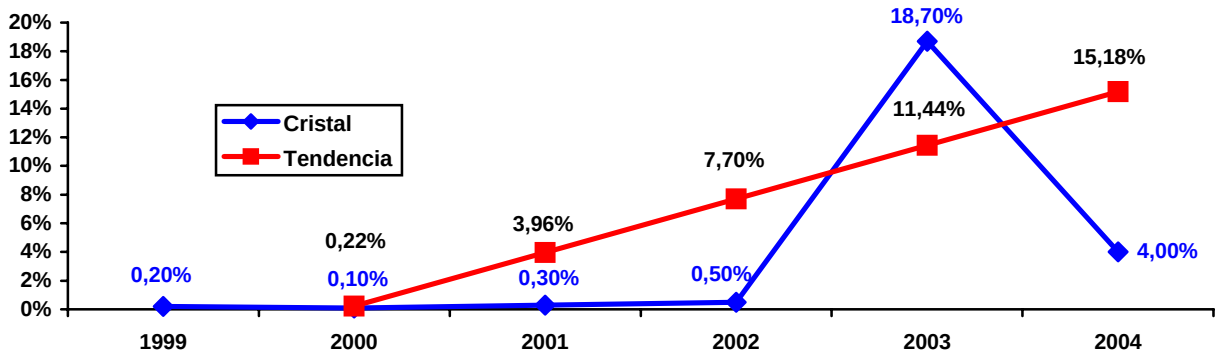
Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 78: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRACK



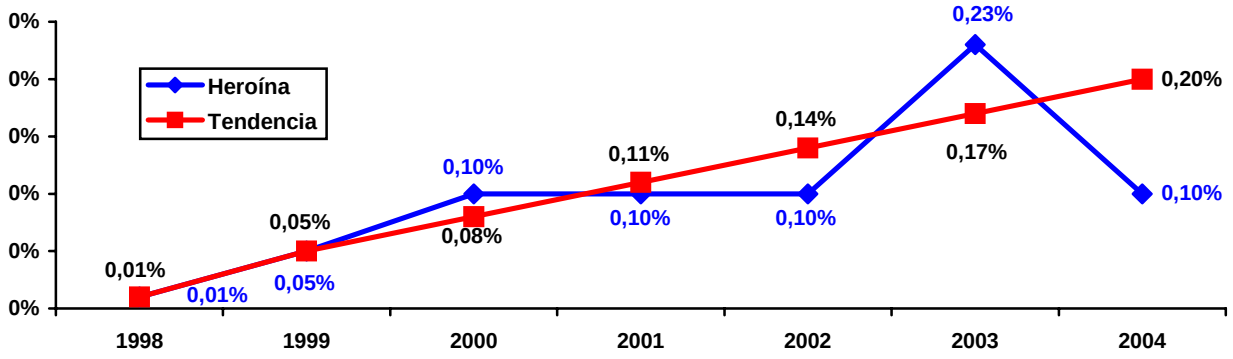
Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 79: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE CRISTAL



Fuente: SISVEA 2004

GRÁFICO 80: TENDENCIA EN EL CONSUMO DE HEROÍNA



Fuente: SISVEA 2004

CONCLUSIONES

- El sexo masculino es el mayor ingreso a esta Institución con un 93.8%.
- La edad de mayor riesgo para cometer infracciones se encuentra entre los 15 a 17 años.
- El nivel de instrucción escolar para la mayoría de estos menores, es el de primaria con el 51.8%.
- El nivel socioeconómico bajo predomina en el 96.9% de los casos.
- El 90.7% proviene de una familia disfuncional y se caracteriza porque los menores tienen rasgos de conducta que manifiestan ansiedad en el 62% de ellos.
- El tipo de infracción cometida con mayor frecuencia por los menores, sigue siendo el robo con el 44.2% y el 67.4% comete la falta en la vía pública.
- El 13.5% 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 15.1% de estos menores cometió la infracción bajo el efecto de alguna droga.
- Las drogas de mayor consumo son la marihuana, la cocaína y los inhalantes.
- Durante el período comprendido entre los años de 1998 al 2003, se han incrementado los usuarios de cocaína, aunque en el 2004 se registró una ligera disminución.
- En este año se registra un considerable incremento en el uso de la marihuana.
- Los usuarios de sustancias adictivas tienen con mayor frecuencia una familia de tipo disfuncional y son maltratados.
- Los menores que no usan drogas, utilizan con mayor frecuencia algún arma prohibida para cometer la infracción, aunque la diferencia no es significativa entre ambos grupos.
- En el consumo de marihuana y los inhalantes, la tendencia es hacia la alza en los últimos años.
- Aparecen el crack y el cristal con tendencias al incremento durante los últimos 5 años, sustancias que deben de tomarse en cuenta como drogas que están teniendo aceptación por los menores, en especial los infractores.

NIÑOS DE LA CALLE

SISVEA, RESULTADOS 2004

NIÑOS DE LA CALLE

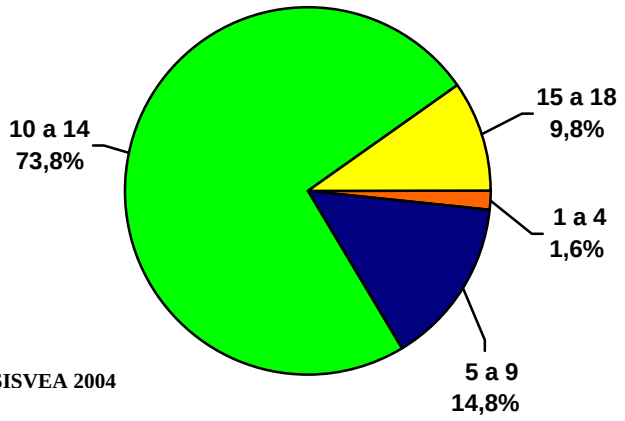
En este indicador estudiamos a **61 niños registrados** en las Instituciones siguientes: **Mairo Don Bosco y el Albergue Villas Miravalle del Desarrollo Integral de la Familia Guadalajara**. De acuerdo a su condición de marginación social se encuentran viviendo en la calle y por no mantener ningún contacto con su familia fueron catalogados como **niños de la calle,** para aquellos que si tienen el contacto familiar, pero que por algún motivo se encuentran viviendo en la calle, se catalogaron como **niños en la calle**.

Analizamos en primera instancia lo relacionado al perfil sociodemográfico y en lo que se refiere a la **distribución por género,** encontramos que el 68.9% pertenecen al sexo masculino y el 31.1% al femenino.

En cuanto a los niños atendidos por las Instituciones antes mencionadas, con relación a **la distribución por grupos de edad**, encontramos por orden de frecuencia con el 73.8% al grupo de los 10 a 14 años, seguido por los menores de 5 a 9 años con el 14.8%, los de 15 a 18 años con el 9.8% y con el 1.6% de 1 a 4 años. **(Gráfico nº 81).**

GRÁFICO 81: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

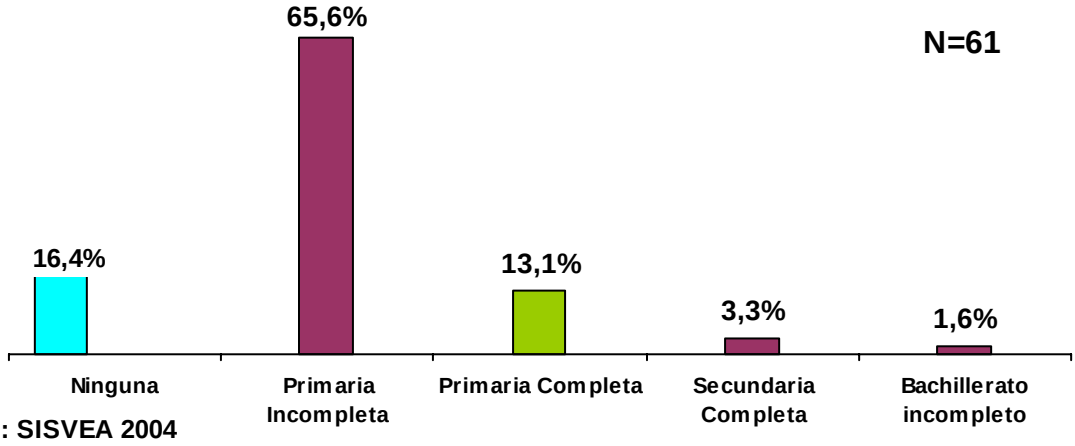
N=61



Fuente: SISVEA 2004

Con relación al **nivel de instrucción educativa** en esta población se registró una escolaridad baja, ya que encontramos que el 65.6% aún no ha concluido o está trunca su educación primaria y sólo el 13.1% refiere haberla terminado, el 16.4% no ha tenido la oportunidad de asistir a un plantel escolar por lo que se encuentran en un estado de analfabetismo y el 3.3% refiere no haber terminado aún la secundaria. **(Gráfico nº 82).**

Gráfico 82: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LOS NIÑOS

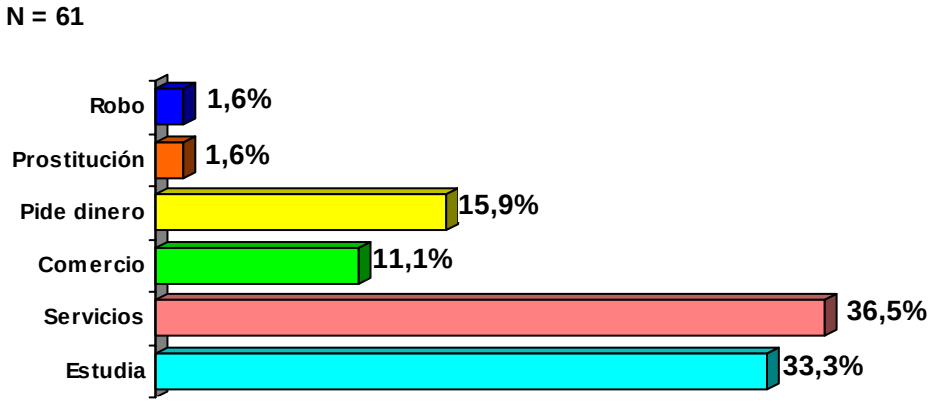


Fuente: SISVEA 2004

En referencia al **estado civil,** en todos los casos respondieron estar solteros, sin embargo el 4.9% refiere ser padre de familia, aunque en ningún caso se identifica que ejerzan la paternidad.

En cuanto a **la actividad laboral** que desarrollan con mayor frecuencia estos menores, el 33.3% manifiesta estar estudiando dentro de las instalaciones de la Institución, el 36.5% ofrece algún tipo de servicio, el 15.9% se dedica a pedir dinero, el 11.1% al comercio de tipo informal y corresponde a robo y prostitución el 1.6% para cada una. **(Gráfico nº 83)**

GRÁFICO 83: ACTIVIDAD LABORAL DESEMPEÑADA POR LOS MENORES



Fuente: SISVEA 2004

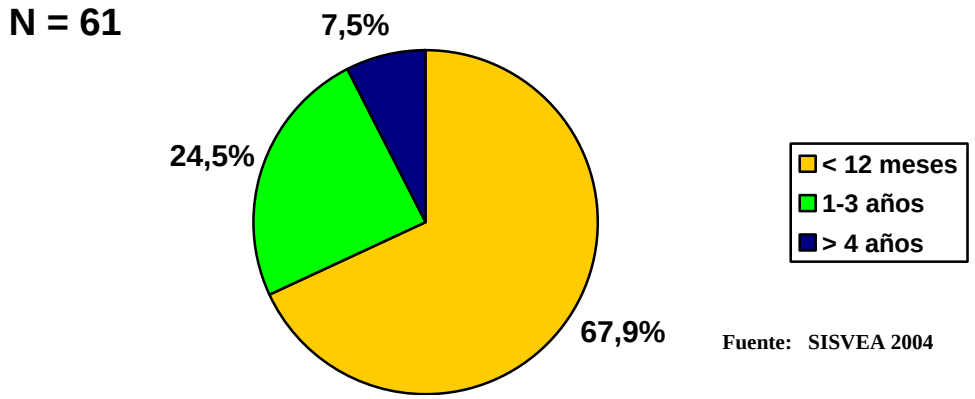
El área más frecuente en que desarrollan su actividad laboral son los cruceros en la vía pública con el 40%, el 35% desarrolla su trabajo en los lugares públicos cerrados y el 25% en lugar público abierto.

Los lugares de nacimiento de los niños atendidos en estas Instituciones el 82.7% son de nuestro Estado de Jalisco y se registraron 9 casos de otros Estados: como son el Distrito Federal en el 7.7%, Baja California con el 3.8%, Chihuahua, Colima y Guanajuato con el 1.9% para cada uno de ellos. El 38.3% acepta no tener ningún tipo de contacto con su familia.

En cuanto a las actividades que realizan en las cuales es necesaria cierta responsabilidad, el 30.2% indica que ha sido la actividad remunerada aunque de tipo informal, el 54% ha sido mientras asistieron al plantel escolar y el 15.9% ha estado cuidando algún familiar.

Con relación al **tiempo que tienen de vivir en la calle,** el 67.9% de los niños refieren que tienen menos de 12 meses, el 24.5% entre 1a 3 años y el 7.5% ha estado en la calle por lo menos 4 años. **(Gráfico nº 84).**

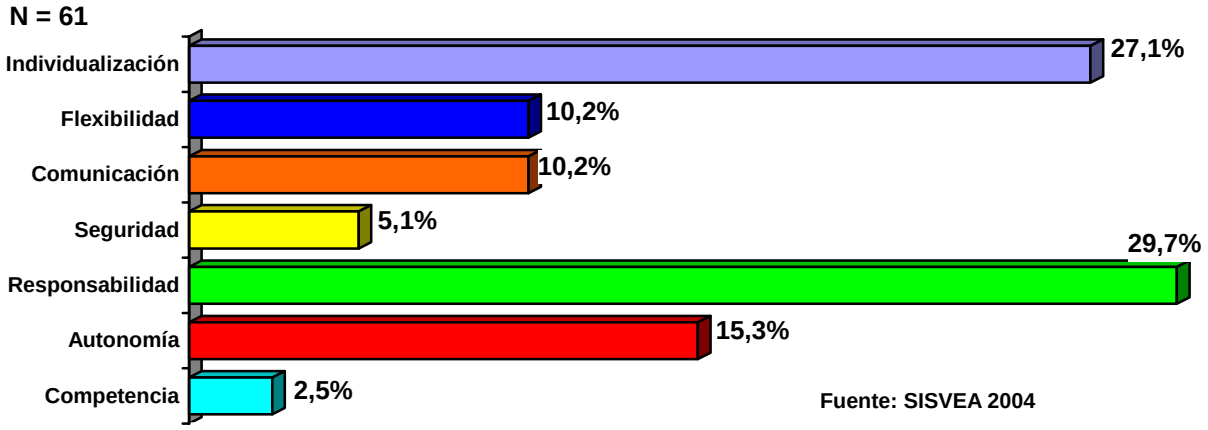
GRÁFICO 84: TIEMPO DE VIVIR EN LA CALLE



Fuente: SISVEA 2004

Los rasgos de conducta que presentan estos menores son: de competencia el 2.5%; un 15.3% actúa con autonomía; otro 10.2% muestra flexibilidad; el 27.1% individualiza; un 29.7% tiene una actitud de responsabilidad; el 10.2% ha desarrollado habilidades de comunicación y sólo el 5.1% actúa con seguridad. **(Gráfico nº 85)**

GRÁFICO 85: RASGOS DE CONDUCTA



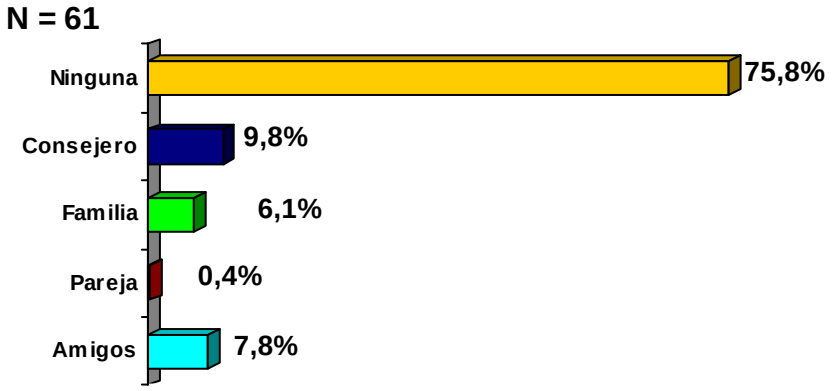
De las situaciones que motivan a que los niños prefieran vivir en la calle el 38.6% comenta que intenta evitar el maltrato físico, 12.5% y 13.6% respectivamente por la búsqueda de la libertad y por pobreza, el 2.3% por salirse de estudiar, el 4.5% por tener un padre que consume drogas y un 10.2% por convivir con un padre sustituto. **(Cuadro nº 38)**

CUADRO 38: MOTIVOS PARA VIVIR EN LA CALLE

Motivo	Porcentaje
Maltrato físico	38.6%
Padre sustituto	10.2%
Madre sustituta	3.4%
Padre usa drogas	4.5%
Libertad	12.5%
Salirse de estudiar	2.3%
Pobreza	13.6%
violación	2.3%
Abuso sexual	2.3%
Madre usa drogas	3.4%
Otras	6.8%

Cuando los **niños tienen algún problema** y sienten la necesidad de acercarse a alguna persona para intentar resolverlo, en el 75.8% de ellos no tiene con quien sentirse apoyado, un 9.8% acude con su consejero, con algún familiar el 6.1%, otro 7.1% busca la solución con los amigos y sólo el 0.4% lo busca en la pareja. **(Gráfico Nº 86)**

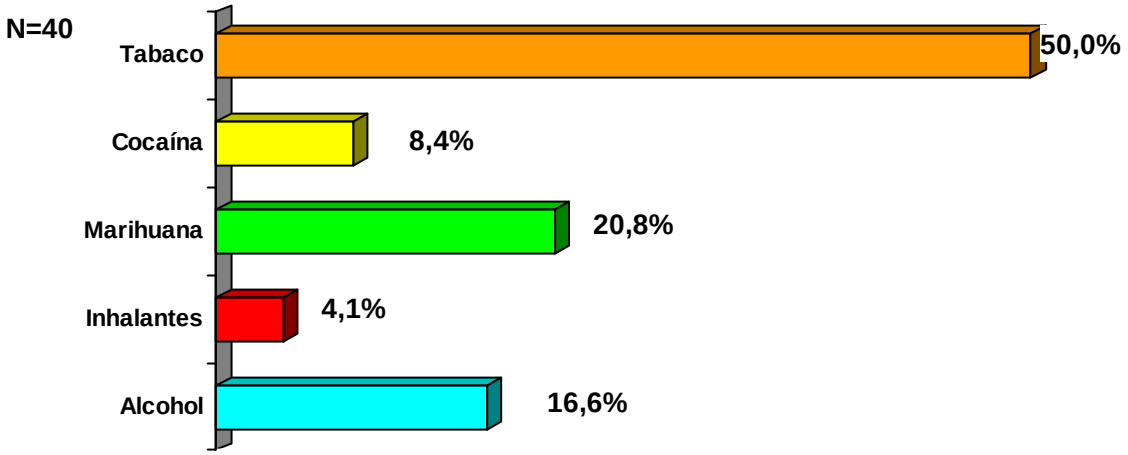
GRÁFICO 86: ¿A QUIÉN ACUDE EL NIÑO CUANDO TIENE PROBLEMAS?



Fuente: SISVEA 2004

Al cuestionar sobre el consumo de drogas, encontramos a 40 niños (65.6%) aceptaron haber consumido alguna droga, siendo las **drogas de primer contacto** el tabaco con un 50% de los niños, seguido por la marihuana en el 20.8%, el alcohol fue utilizado por el 16.6% de ellos, un 8.4% inició con cocaína y un 4.1% con inhalantes. **(Gráfico nº 87)**

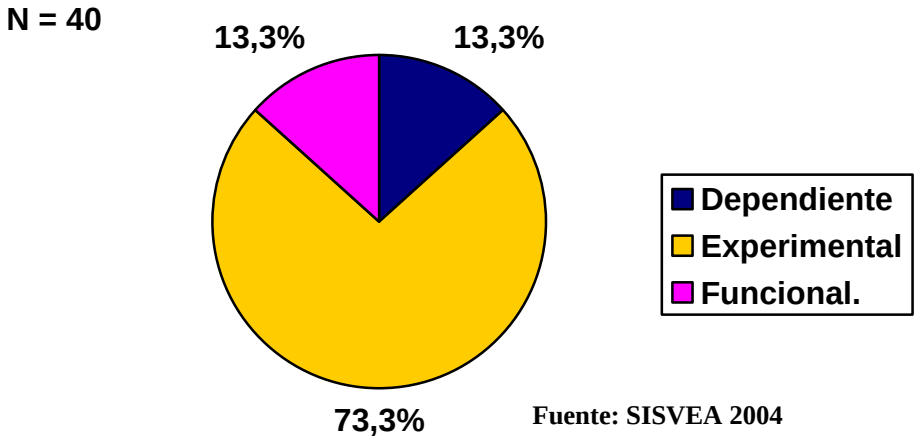
GRÁFICO 87: DROGA DE PRIMER CONTACTO EN NIÑOS DE LA CALLE



Fuente: SISVEA 2004

En cuanto al **nivel de consumo** en este grupo de menores, el 73.3% se diagnosticó como experimentador, como usuario funcional un 13.3% y con igual porcentaje fueron considerados los de nivel dependiente. **(Ver gráfico nº 88)**

GRÁFICO 88: NIVEL DE CONSUMO DE DROGAS.



Fuente: SISVEA 2004

El 43.8% refiere tener una sensación agradable al drogarse y el 56.2% manifiesta que el efecto es desagradable, ningún niño mencionó ser usuario de drogas por la vía intravenosa.

Los **motivos por los que los niños utilizan drogas,** son por gusto en el 25% de los casos; la mayor prevalencia se registró en un 40% por curiosidad; el 20% por imitación de una conducta, un 10% para pertenecer a un grupo y con 2.5% para cada uno, en soledad y miedo. **(Cuadro nº 39)**

CUADRO 39: MOTIVOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Motivo	Porcentaje N = 40
Imitación	20%
Curiosidad	40%
Pert. a un grupo	10%
Soledad	2.5%
Miedo	2.5%
Gusto	25%

Como podemos observar en el **cuadro nº 40** en este grupo infantil de riesgo, encontramos como **drogas de mayor consumo;** que el 21.9% consume alcohol, un 18.8% usa tabaco, la marihuana la usa el 15.6%, con un 12.5% para inhalantes, cocaína y crack.

CUADRO 40: DROGAS DE MAYOR CONSUMO	
Tipo de Droga	**Porcentaje**
Alcohol	21.9%
Marihuana	15.6%
Inhalantes	12.5%
Cocaína	12.5%
Tabaco	18.8%
Cristal	6.3%
Crack	12.5%

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de este indicador podemos concluir que:

1. La mayor proporción de los niños que se encuentran en condiciones de ser denominados como niños de la calle pertenecen al sexo masculino, ya que por cada mujer se registraron en promedio a 2.2 varones.

2. El grupo de edad más vulnerable para vivir bajo estas circunstancias difíciles, se encuentra entre los 10 y 14 años con el 73.8%.

3. La gran mayoría de menores tienen un nivel de instrucción baja, ya que el 65.6% de los menores no ha concluido su educación primaria y el 16.4% no ha asistido a un plantel escolar.

4. El 4.9% de los menores refieren ser padres de familia, aunque no tienen la madurez ni la responsabilidad de la paternidad.

5. La actividad laboral mayormente realizada para la obtención de recursos económicos, es el ofrecimiento de algún tipo de servicio ó bien el comercio informal.

6. El 33.3% de los niños estudia dentro del albergue.

7. El 38.3% de los menores no tiene ningún contacto con la familia.

8. El 67.9 % de los niños refirió estar viviendo en la calle por lo menos un año.

9. Los principales motivos por los cuales prefieren vivir en la calle son para evitar el maltrato físico, tratar de conseguir algún dinero y de alguna forma disminuir su pobreza y por buscar libertad.

10. El 65.6% de los niños que se encuentran en estas condiciones han consumido drogas.

11. Las sustancias adictivas de primer contacto que predominan son de tipo legal como el tabaco y el alcohol, dentro de las ilegales fueron la marihuana y la cocaína.

12. Las drogas de mayor consumo son el alcohol, el tabaco, la marihuana, los inhalantes, la cocaína, el crack y con un porcentaje menor, aparece el cristal con 6.3%.

13. La mayoría de los niños consumen drogas por curiosidad, imitación y por gusto.

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

Alcohol:

Efecto:
Depresor del Sistema Nervioso Central.
Compuesto Activo:
Alcohol 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, Cannabis Rudelaris.

Inhalantes y Solventes:

Efecto:
Depresor del Sistema Nervioso Central.

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

Aerosoles:
Compuestos Activos:
Butano, Dimetil-Éter, Fluorocarbonos, Hidrocarburos, Hidroflurocarbonados, Propano, Tricloroetano.

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

Solventes y Gases.

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

Limpiadores:

Compuestos Activos:
Clorohidrocarburos, Destilados del Petróleo, Tetracloroetileno, Tricloroetileno, Tricloroetano, Xileno.

Alucinógenos:

Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Antihistamínicos:
Compuestos Activos:
Astemizol, Bromfeniramina, Clemastina, Clorferinamina, Cromoglicato, Feniramina, Loratadina, Pirilamina, Terfenadina.

Otros:
Dietilamida del ácido lisérgico, 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.

Benzodiacepinas:
Compuestos Activos:

Acción Prolongada:
Clordiacepoxido, Diacepam, Flunitracepam, Colonacepam, Pracepam, Cloracepato, Pracepam y Halacepam.

Acción Intermedia:
Oxacepam, Loracepam, Temesapam, Alprasolam.

Acción Corta:
Midazolam, Triasolam.

Barbitúricos:

Efecto:
Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:
Amobarbital, Apobarbital, Fenobarbital, Secobarbital, Talbutal, Tiopental.

Otros Compuestos Activos:
Hidrato de Cloral, Etclorvinol, Etinamato, Etomidato, Glutemida, Meprobamato, Metiprilon, Paraldehido.

Gamahidroxibutirato.
Efecto:
Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo.
Gamahidroxibutirato.

Anfetaminas:

Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:
Metilfenidato, Benzedrina.

Sustancias Anoréxicas:
Compuestos Activos:
Anfepramona, Atropina, Benzetamina, Bromelina, Clobenzorex, Dextrofenfluramina, Dietilpropion, Fendimetrazina, Fenfluramina, Femproporex, Fentermina, Mazindol, Metilfenidato, norpseudoefedrina, Propilhexedrina.

Anticolinérgicos:

Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuestos Activos:
Aloína, Atropina, Belladona, Boldo, Datura, Difenoxilato y Mandrágora.

Antiespasmódicos:

Compuestos Activos:
Bromuro, Butilhioscina, Clidinio, Dicicloverina, Etomidolina, Floroglucinol y Fenoverine, Hioscina, Metamizol, Pargeverina, Pinaverio, Pipenzolato, Prifinio, Ropifenazona, Trimebutina.

Antiparkinsonianos:

Compuestos Activos:
Biperideno, Bromocriptina, Carbidopa, Dopamina, Levodopa, Pergolida y Trihexifenidilo.

Tabaco:
Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:
Nicotina.

Antidepresivos:

Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Antidepresivos tricíclicos y otras sustancias:
Compuesto Activo:
Ademetionina, Amitriptilina, Amoxapina, Citalopram, Clomipramina, Esipramina, Fluoxetina, Fluvoxamina, Hipericum, Imipramina, Litio, Maprotilina, Meclobemida, Mianserina, Nefazodona, Nortriptilina, Paroxetina, Sertralina, Sulpiride, Taneptina, Enlafaxina.

Iminoestilbenos:

Compuesto Activo:
Carbamacepina.

Fenitoinas:

Compuesto Activo:
Fenitoina.

Valproico:

Compuesto Activo:
Valproico Ácido.

Otros Psicotrópicos:
Efectos:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Pasta Base: (Basuco)
Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:
Benzoilmetilecgonina.

Metanfetaminas (Cristales):

Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:
Metilendioximetanfetamina. (MDMA) (Éxtasis)

Flunitracepam:

Efecto:
Depresor del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:
Flunitracepam

Crack:
Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:
Benzoilmetilecgonina.

Refractyl Ofteno:

Efecto:
Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Compuesto Activo:
Antimuscarínico.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Adrenalina:
F., Adrenalín; F., adrénaline; In. Adrenalin; It. Y P., adrenalina. Principio activo de la médula de las cápsulas suprarrenales. En su forma pura es un polvo cristalino, C6H3 (OH)CHOHCH3NHCH8, o Dioxifeniletanolametilamina. Se emplea generalmente el clorhidrato. Obra esencialmente excitando las terminaciones nerviosas del simpático en todos los órganos; inyectado en las venas aumenta la presión arterial y refuerza la acción cardiaca: dilata la pupila y los bronquios e inhibe los movimientos intestinales y las contracciones del útero. Localmente tiene acción hemostática e isquemiante poderosa. Sinónimos: Adrenina, adnefrina, epinefrina, paranefrina, supracapsulina, suprarrenina, suprarrenalita, etc.

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

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

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

Adicto:
Persona adicta, dependiente de una o más sustancias.

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

Alcohol etílico o etanol:
Es un depresor primario del Sistema Nervioso Central.

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

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

Alcoholisis:
F. lisis o desintegración del alcohol.

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

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

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

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

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

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

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

Analgésico:
Droga que alivia el dolor.

Anfetamina:
Sustancia estimulante del sistema nervioso central (SNC). Las sales más comunes derivadas de esta droga son: el sulfato de anfetamina, el sulfato de dextroanfetamina y el hidrocloruro 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 anfetaminas se usan a veces como medicamentos para tratar la obesidad y algunos casos de depresión mental menor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ansiolítico:
Psicofármaco utilizado para reducir la ansiedad.

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

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

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

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

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

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

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

Cafeísmo:
Estado morboso o intoxicación por abuso de café.

Canabina o cannabina:
Nombre de una resina, de un alcaloide hipnótico de un glucósido de la Cannabis Indica.

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

Canabinomanía:
Canabismo, consumo habitual de cannabis.

Canabinismo:
Estado morboso o intoxicación producida por el abuso de cannabis, marihuana o hachís.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Destoxicación o Desintoxicación:
Reducción de las propiedades tóxicas de los venenos o tóxicos.

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

Dosificación:
Determinación y regulación de las dosis.

Dosimetría:
Determinación exacta y sistemática de las dosis.

Dosis:
Cantidad determinada de un medicamento o agente terapéutico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estupefaciente:
Droga psicoactiva narcótica y analgésica que provoca adicción.

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

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

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

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

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

Hábito:
Del lat. hatibus). Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.

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

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

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

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

Hipnótico:
Droga que produce sueño.

Ice:
Droga sintética de efecto estimulante de estructura química similar a la anfetamina. (De las llamadas drogas "de diseño").

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PCP (Polvo de ángel):
Fenciclidina. Sustancia sintética alucinógena originalmente utilizada como anestésico en veterinaria.

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

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

Poliusuario:
Persona que consume dos o más tipos de drogas.

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

Psicósis:
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 benzodiacepinas 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.

GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD

CECAJ
Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco

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 en Jalisco.

Lic. María Cristina Santoscoy Gutiérrez.
Secretaria Técnica del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

Dr. Luis Javier Robles Arellano.
Coordinador General del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco.

Dra. Gloria Gómez Sandoval.
Coordinador de Enlace del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco.

Ing. Enrique Maury Hernández.
Coordinador de la Oficina de Difusión.

Claudia Mónica Prado Palacios
Asistente del Depto. De Información Seguimiento y Evaluación.

Edición: Abril del 2005