

**Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud  
Dirección General de Epidemiología**

# **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)**

**Informe 2002**

## **SECRETARÍA DE SALUD**

**Dr. Julio Frenk Mora**  
**Secretario de Salud**

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**  
**Subsecretario de Innovación y Calidad**

**Dr. Roberto Tapia Conyer**  
**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

**Lic. Ma. Eugenia de León-May**  
**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

**Dr. Óscar Velázquez Monroy**  
**Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades**

**Dr. Pablo Kuri Morales**  
**Director General de Epidemiología**

## **COORDINACIÓN NACIONAL**

Dr. Roberto Tapia Conyer  
Dr. Pablo Kuri Morales  
Dra. Patricia Cravioto Q.

## **ÁREA OPERATIVA Y SUPERVISIÓN**

Dr. Juan Manuel Hernández Sánchez

Lic. María de Lourdes Salazar Estrada  
Lic. Maricela Mendoza Morales  
Lic. Sara Eugenia Quiróz Villalobos  
Dr. Armando Amezcua Jiménez  
Dra. María Elena Rivera

## **ÁREA DE ANÁLISIS E INFORMÁTICA**

C. Mario Chávez Fuentes  
Psic. Blanca Estela Jiménez Vargas  
C. Gerardo Ávalos Téllez  
C. Carlos Ortiz Mondragón  
C. A. René Martínez Cázares

## **DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN**

Dra. Patricia Cravioto Q.  
Lic. Fernando Galván Castillo  
Dra. Blanca de la Rosa Montañó  
M en C. Mario Cortés Ramírez

## ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES

Entidad y Ciudad	Responsable
<b>Aguascalientes</b>	<i>Dr. Daniel Traconis Ramos</i> Subdirector Estatal de Medicina Preventiva y Epidemiología
• Aguascalientes	<i>Lic. Humberto Muñoz Ponce</i>
<b>Baja California</b>	<i>Dr. Enrique Navarro Valle</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Ensenada	<i>Dra. María Trinidad Romero</i>
• Mexicali	<i>Dr. Ignacio Reyes Aguila</i>
• Tijuana	<i>C. Espiridión Juárez Cruz</i>
<b>Baja California Sur</b>	<i>Dr. Mauricio Bernal Hernández</i> Coordinador Estatal del SISVEA
• La Paz	<i>Psic. Martha Zaida</i>
• Los Cabos	<i>Psic. Georgina Beltran Hernández</i>
<b>Campeche</b>	<i>Dr. Fernando Arjona Cusi</i> Jefe del Departamento de Epidemiología
• Campeche	<i>Dra. Carmen Cuevas Narvaez</i>
<b>Coahuila</b>	<i>Dra. Elizabeth Mellado Moya</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Piedras Negras	<i>Dr. Benjamín Eloy Chapa Castro</i>
• San Pedro de las Colonias	<i>Dra. Elizabeth Mellado Moya</i>
<b>Colima</b>	<i>Dr. Martín Rizo Puente</i> Srio. Técnico del Consejo Estatal Contra las Adicciones
• Colima	<i>Dr. Martín Rizo Puente</i>

## ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES (cont.)

Entidad y Ciudad	Responsable
<b>Chiapas</b>	<i>Lic. Alejandro Farrera S</i> Coordinador Estatal del SISVEA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuxtla Gutiérrez</li> <li>Tapachula</li> <li>San Cristóbal de las Casas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Lic. Rubí Ruiz Palacios</i></li> <li><i>Lic. Marisol Molina Torres</i></li> <li><i>Dr. Silvano Rosales</i></li> </ul>
<b>Chihuahua</b>	<i>Dr. Javier Arias Ortíz</i> Subdirector Estatal de Epidemiología
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chihuahua</li> <li>Ciudad Juárez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Dra. Martha Alicia Bueno</i></li> <li><i>Lic. Raúl Alberto Bueno Barrón</i></li> </ul>
<b>Distrito Federal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Delegación Cuauhtémoc</li> </ul>	
<b>Durango</b>	<i>Dra. Gabriela del Socorro Cantú García</i> Subdirectora Estatal de Medicina Prev. y Epidemiología
<ul style="list-style-type: none"> <li>Durango</li> </ul>	<i>Dra. Ana María Fajardo Gómez</i>
<b>Guanajuato</b>	<i>Lic. María Teresa Ortega Luna</i> Coordinadora Estatal del SISVEA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Guanajuato</li> <li>San Francisco del Rincón</li> <li>León</li> <li>Sn Miguel de Allende</li> <li>Celaya</li> <li>Acámbaro</li> <li>Salamanca</li> <li>Irapuato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Lic. Adriana Vargas Sánchez</i></li> <li><i>Lic. Olga Josefina Jiménez Horta</i></li> <li><i>Lic. Lilia Ruth Moreno Macías</i></li> <li><i>Lic. María Teresa Romero Mejía</i></li> <li><i>Lic. Blanca Elisa Guerrero Fernández</i></li> <li><i>Lic. Alejandra Aguado Hernández</i></li> <li><i>Lic. Sarahi Jiasu Orozco Franco</i></li> <li><i>Lic. San Juana Sánchez García</i></li> </ul>

## ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES (cont.)

Entidad y Ciudad	Responsable
<b>Guerrero</b>	<i>Quim. Isaac Ibañez Cortés</i> Resp. Del programa de prevención y control de adicciones
• Acapulco	<i>Dra. Marcela Rivera Contreras</i>
<b>Hidalgo</b>	<i>Dra. Crispina Verduzco Solís</i> Subdirectora Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Pachuca	<i>Lic. María Teresa Tristan</i>
<b>Jalisco</b>	<i>Lic. María Cristina Santoscoy Gutiérrez</i> Comisionada del Consejo Estatal Contra las Adicciones
• Guadalajara	<i>Dr. Luis Javier Robles Arellano</i>
<b>Estado De México</b>	<i>Dr. Miguel Angel Martínez P</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Toluca	<i>Dr. Alfredo Nava Ruiz</i>
<b>Michoacán</b>	<i>Dr. Favio Silahua Silva</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Morelia	<i>Psic. Erendina García</i>
<b>Morelos</b>	<i>Dr. Carlos Orlando Villamizar</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Cuernavaca	<i>Psic. Perla Alica López G.</i>
<b>Nayarit</b>	<i>Dr. José A. Palacios Isaac</i> Coordinador Estatal de Salud Mental
• Tepic	<i>Dr. Federico Cortés</i>
<b>Nuevo León</b>	<i>Dra. Angeles Mata Briseño</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Monterrey	<i>Dr. Juan José Roque Segovia</i>
<b>Oaxaca</b>	<i>Dr. Rubén Coronado García</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Oaxaca	<i>Dra. Irene Cortés Carrillo</i>

## ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES (cont.)

Entidad y Ciudad	Responsable
<b>Puebla</b>	<i>Dr. Jesús Rubén Huerta de Gante</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• San Pedro Cholula	<i>Dr. Alejandro Jiménez Espinoza</i>
<b>Querétaro</b>	<i>Dr. Jaime Ponce Alcocer</i> Comisionado del Consejo Estatal Contra las Adicciones
• Querétaro	<i>Lic. Lorena Gómez Várela</i>
<b>Quintana Roo</b>	<i>Dr. Mario Urzua de La Cruz</i> Jefe del Departamento Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Chetumal	<i>Lic. Manuel Gamboa Buenfil</i>
• Cancún	<i>Dra. Teresita de La Cruz Moreno</i>
<b>San Luis Potosí</b>	<i>Dr. Hector Marroguin Segura</i> Srío. Técnico del Consejo Estatal Contrar las Adicciones
• San Luis Potosí	<i>Dr. José De Jesús Méndez Lira</i>
<b>Sinaloa</b>	<i>Dr. Adolfo Entzana Galindo</i> Subdirector Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Culiacán	<i>Dra. Ofelia Cardenas Medina</i>
<b>Sonora</b>	<i>Dr. Luis David Peterson Beltrán</i> Director General de Salud Mental Srío. Técnico del Consejo Estatal Contra las Adicciones
• Hermosillo	<i>Lic. Ofelia Valenzuela Valencia</i>
• Agua Prieta	<i>Dr. Oscar Armando Torres Fiel</i>
• Nogales	<i>Dr. Gregorio Moreno Contreras</i>
<b>Tabasco</b>	<i>Dr. Carlos Mario de la Cruz Gallardo</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Villahermosa	<i>Lic. Lucia Santiago Priego</i>

## ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES (cont.)

Entidad y Ciudad	Responsable
<b>Tamaulipas</b>	<i>Dr. Alfredo Rodríguez Trujillo</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Nuevo Laredo	<i>Dr. Gregorio Jesús Ortegón Martínez</i>
• Matamoros	<i>Dr. José Luis Robles López</i>
• Reynosa	<i>Dr. Miguel Angel López Alvarez</i>
• Tampico	<i>Dr. Esteban Barrón Guardado</i>
• Ciudad Victoria	<i>Dr. Carlos Irineo Quiñones Carrizales</i>
<b>Tlaxcala</b>	<i>Dra. Rosa Elvira Montiel Huerta</i> Subdirectora Estatal de Epidemiología
• Tlaxcala	<i>Dra. Virginia Sánchez Cordero</i>
<b>Veracruz</b>	<i>Dra. Dulce María Espejo Guevara</i> Jefe del Departamento Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Xalapa	<i>Dra. María Teresa Libreros</i>
<b>Yucatán</b>	<i>Lic. Gabriela Molina Morin</i> Responsable del Programa Estatal de Adicciones
• Mérida	<i>Dr. Miguel Quintal Valladares</i>
<b>Zacatecas</b>	<i>Dra. Lucía del Refugio Reyes Veyna</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Zacatecas	<i>Lic. Patricia Vargas Romo</i>



## ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	<u>10</u>
Fuentes de información.....	<u>12</u>
Perfil sociodemográfico de población que acude a tratamiento según droga de impacto.....	<u>13</u>
Patrón de abuso y tendencias por tipo de droga.....	<u>15</u>
Mariguana.....	<u>15</u>
Inhalables.....	<u>17</u>
Alcohol.....	<u>19</u>
Cocaína.....	<u>20</u>
Heroína.....	<u>22</u>
Tabaco.....	<u>23</u>
Resultados en forma global y por región.....	<u>24</u>
Conclusiones.....	<u>27</u>
Glosario .....	<u>29</u>
Anexo (Cuadros, gráficas y diagramas).....	32

## **INFORME DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA) MEXICO: 2002**

### **INTRODUCCION**

En la actualidad, conocer con oportunidad y eficiencia los patrones del comportamiento de los principales problemas y necesidades de salud que aquejan a los diferentes grupos de población, así como identificar los factores de riesgo que inciden en su distribución y frecuencia, es una tarea fundamental de la vigilancia epidemiológica, que constituye una actividad estratégica sustancial en la búsqueda de medidas resolutivas y en la evaluación de la trascendencia e impacto de los programas de acción.

En México, la transición epidemiológica que se experimenta en el perfil de salud, se caracteriza por un traslape entre dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes; entre estos últimos se observa que la presencia de la farmacodependencia es cada vez mayor en la población.

Por ello, la Secretaría de Salud, cumpliendo sus funciones normativas y de coordinación en el Sistema Nacional de Salud, que integra a médicos particulares, instituciones públicas y privadas, que intervienen en la atención y prevención de los factores de riesgo y problemas de salud de los mexicanos, estableció en 1990 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), para conocer la conducta de la población hacia el consumo de drogas lícitas e ilícitas, identificar las características de las personas con adicción, el entorno en que ocurre, los patrones de consumo y su vinculación con áreas geográficas bien delimitadas, a fin de contribuir con los tomadores de decisiones a impulsar acciones de salud específicas hacia los grupos de mayor vulnerabilidad.

La Dirección General de Epidemiología, concreta al SISVEA, durante la primera Reunión Internacional realizada en 1991, con la participación del Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de Psiquiatría, los

Centros de Integración Juvenil, la Procuraduría General de la República, el Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de Educación Pública y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Así mismo, participaron organismos internacionales como el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas en los Estados Unidos (NIDA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia para el Desarrollo Internacional (DIA), que con el aporte de sus experiencias en vigilancia epidemiológica, enriquecieron las estrategias del SISVEA.

En 1995 se crea el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), mismo que dispone de un órgano normativo de coordinación en el nivel nacional, que facilita, fomenta y orienta el quehacer epidemiológico en el país, denominado Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), que se conforma por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Entre otros ordenamientos legales, que dan sustento al SISVEA, las adiciones y reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos destacan, en su Artículo Cuarto la propia Ley General de Salud, que establece en su Artículo 105, título sexto de información para la salud, que la SSA integrará la información para elaborar las estadísticas nacionales. El Reglamento Interior de la SSA establece que el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Dirección General de Epidemiología tiene la obligación de normar, operar, coordinar, supervisar y evaluar el SINAVE, el cual se rige por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.

La información del SISVEA permite identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína y otras drogas.

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

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

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

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

- Centros de Tratamiento. Esta información contiene las características y patrones de consumo relacionadas con la droga de inicio y con la droga de impacto que es aquella por la cual los sujetos solicitan atención. La información proviene de centros de tratamiento gubernamentales (Centros de Integración Juvenil) y centros de tratamiento no gubernamentales (ONG's) que participan en las ciudades SISVEA. En el año 2002 los Centros de Integración Juvenil reportaron 18,070 consultas provenientes de sus centros ubicados en 28 entidades federativas, sin tener representación en Campeche, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala; por otro lado, los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's) reportaron un total de 31,819 demandas de tratamiento en las 51 ciudades SISVEA distribuidas en todo el país, con excepción del estado de Guerrero.
- Consejo Tutelar de Menores. Esta fuente proporciona datos específicos sobre el grupo de individuos menores de edad que son detenidos por cometer infracciones. 30 ciudades SISVEA (Agua Prieta, Aguascalientes, Cancún, Ciudad Juárez, Celaya, Culiacán, Chetumal, Chihuahua, Durango, Ensenada, Guadalajara, Guanajuato, Hermosillo, Irapuato, León, Matamoros, Mérida, Mexicali, Nogales, Nuevo Laredo, Oaxaca, Pachuca, Querétaro, Reynosa, Salamanca, San Luis Potosí, San Miguel de Allende, Tepic, Tijuana y Zacatecas), informaron en el año 2002 sobre 8,700 detenidos, de ellos 5,019 (59.6 por ciento) mencionaron consumo habitual de drogas y 1,759 (21.1 por ciento) cometieron la infracción bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.
- Servicios Médico Forense. De éstos se obtiene la información sobre las muertes que ocurrieron en circunstancias no naturales relacionadas con el abuso de drogas que puede ser la causa directa de muerte o un factor contribuyente. En el año 2002 éstos servicios informaron de 9,086 defunciones de las cuales 1,415 (15.6 por ciento) ocurrieron bajo la influencia de alguna droga.
- Servicios de Urgencias Hospitalarias. Esta se refiere a la información obtenida durante las semanas típicas (una cada semestre), con base en las encuestas centinelas realizadas en los 51 servicios de urgencia de hospitales generales y servicios de atención como la Cruz Roja. En el año 2002 en las 27 ciudades SISVEA que participaron (Acámbaro, Agua Prieta, Aguascalientes, Cancún, Ciudad Juárez, Culiacán, Chetumal, Chihuahua, Durango,

Ensenada, Guadalajara, Guanajuato, Hermosillo, León, Matamoros, Mérida, Mexicali, Nogales, Oaxaca, Pachuca, Querétaro, Salamanca, San Francisco del Rincón, San Luis Potosí, San Miguel de Allende, Tijuana y Zacatecas), se registraron 10,923 ingresos a los Servicios de Urgencia de Hospitales, de los que 487 (4.5 por ciento) se encontraron bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, de las que a su vez 239 (2.3 por ciento) presentaron lesiones por causa externa. Además 2,930 personas (26.8 por ciento) mencionaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días.

### **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A TRATAMIENTO SEGÚN DROGA DE IMPACTO**

Del total de la población que acudió a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil (18070 pacientes) durante el 2002, el 84.6% (15,299) proporcionó información de la droga de impacto. Entre ésta población se registró que la cocaína fue la droga que el mayor número de personas manifestó como de impacto es decir aquella que más problemas de salud, legales, laborales o familiares les causa, la proporción que registró esta droga alcanzó el 38% (5,822). La marihuana se ubicó en segundo lugar con el 18.1% y el alcohol en el tercero con el 14.8% (Cuadro 1).

Los pacientes que manifestaron acudir a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil, por los problemas que les causa el uso de la cocaína, son en su mayoría hombres 90.9% (5822), el grupo de edad con mayor proporción 26.9% fue el de 20 a 24 años; con respecto a la escolaridad el 86% reportó contar únicamente con educación primaria, el estado civil de la mitad de los pacientes (50.2%) fue el de soltero y casi el 60% pertenece al nivel socioeconómico medio-bajo (Cuadro 1). El patrón de consumo para la cocaína como droga de impacto registró el 43.5% de pacientes la consumen diario y el 25.1% lo hacen de manera semanal; la edad de inicio reportada para esta droga tuvo los mayores porcentajes en dos grupos etáreos de 10 a 14 y de 15 a 19 años con 42.8 y 45.6% respectivamente. Para éstos pacientes el tabaco (36.8%) y el alcohol (32.6%) fueron las drogas con las que iniciaron el consumo (Cuadro 2).

El 18.1% (2,777) solicitaron atención en los CIJ debido al consumo de marihuana, más del 90% fueron hombres, la edad de la mayoría de éstos usuarios (42.7%) se encontró entre los 15 y 19 años; el nivel de primaria fue reportado por el 89.9% de los pacientes; Casi tres cuartas partes (74.5%) son solteros y poco más de la mitad (51.3%) pertenecen al nivel medio bajo

(Cuadro 1). Lo referente al patrón de consumo indica que la marihuana la consumen a diario el 65.3%; la edad en la que iniciaron el consumo fue entre los 10 y 14 años (54.7%), y las drogas que estos consumidores utilizaron para iniciar su adicción fueron tabaco y la misma marihuana 31.8 y 31.7% respectivamente (Cuadro 2).

El alcohol fue reportado como droga de impacto por el 14.7% de los pacientes (2250), al igual que para las anteriores drogas, la mayoría son hombres (81.6%); el grupo de edad más reportado es de 15 a 19 años (26.1) seguido por el de 35 años y más con el 21.1%; entre estos pacientes el nivel escolar de primaria alcanzó el 80.9%; de acuerdo al estado civil más de la mitad (56.9%) declararon ser solteros y 26.8% casados; el 53% pertenece al nivel socioeconómico medio-bajo (Cuadro 1). El patrón de consumo de los dependientes al alcohol varía con respecto a las anteriores drogas pues para esta droga la mayoría manifestó consumirlo una vez por semana (38.4%) y sólo el 27.2% lo hacen a diario; el 46% iniciaron el consumo de drogas entre los 15 y 19 años y con respecto al la droga de inicio la mayoría comenzaron el consumo con el mismo alcohol (62.3%) y con la marihuana el 27.6% (Cuadro 2).

Respecto a los pacientes que buscaron ayuda especializada en Centros de Tratamiento No Gubernamentales, la droga de impacto más reportada fue la heroína, 8,279 pacientes (26%), al entrevistarlos ellos manifestaron que este tipo de droga es con la que tienen mayores problemas y debido a esto es que acudieron a solicitar tratamiento. En este tipo de centros la segunda droga de impacto fue la cocaína alcanzando el 19.2% de los registros y el cristal se ubicó como la tercer droga más reportada (16.2%), seguida por el alcohol (16.1%) con una mínima diferencia (Cuadro 3).

Las características sociodemográficas de los 8,279 pacientes con problemas de adicción a la heroína muestran que en éstos predominan los hombres (94.5%), la edad actual de la mayoría fue de 35 años y más (36%); La escolaridad tuvo los mayores porcentajes en los niveles de primaria y secundaria (42.7 y 38.6% respectivamente), prácticamente la mitad de heroínómanos manifestaron ser solteros (49.9%) y las ocupaciones más frecuentes entre ellos son los desempleados (30.4%) y los que realizan trabajos ocasionales (25.7%) y el 70% acudieron a tratamiento en forma voluntaria (Cuadro 3). El patrón de consumo de los adictos a heroína se caracteriza porque el 95.5% la consumen a diario, la mitad de los usuarios de heroína comenzaron el consumo de drogas entre los 10 y 14 años y la droga de inicio preferida fue la marihuana (43.1%) seguida por el tabaco (14.5%) y la misma heroína (12.5%) (Cuadro 4).

En los ONG's la cocaína fue la segunda droga de impacto más referida, para esta droga el 92.5% de los usuarios fueron hombres, los grupos de edad con mayores porcentajes fueron de 20 a 24 años (24.7%) y 25 a 29 años (21.6%), en estos pacientes el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria (40.6%), destacando que el 20.4% cuentan con nivel bachillerato; la mitad es soltero y poco más de la cuarta parte (27.8%) declaro estar casado; para estos usuarios la ocupación con mayor frecuencia (31.2%) fue el trabajo fijo, seguido por los desempleados (25.9%) y más de la mitad (55.5%) acudieron en forma voluntaria a tratamiento (Cuadro 3). El patrón de consumo identificado en los usuarios de cocaína presentó consumo diario (67.4%), con la edad de inicio entre 10 y 14 años para el 43.3%; las principales drogas con las que se iniciaron estos pacientes fueron en orden decreciente al alcohol (30.8%), la marihuana (24.5%), la cocaína (17.2%) y el tabaco (16.7%) (Cuadro 4).

El cristal se registró como droga de impacto en 5,168 ocasiones dentro de los Centros No Gubernamentales lo que lo ubica como la tercer droga de este tipo, para esta sustancia se registró el 10.5% de mujeres y el rango de edad en el que se ubicó casi la mitad de los usuarios fue entre 20 y 29 años, para el 42.7% la secundaria es el máximo nivel de escolaridad y son solteros el 53.5% de los pacientes; entre los usuarios de cristal la ocupación presentó una mayor variabilidad registrándose 26.3% de desempleados, el 23.8% de trabajadores ocasionales, 23.1% de trabajadores fijos y 20.7% de desocupados; el 39.9% acudió a tratamiento en forma voluntaria destacando que el 44.4% lo hizo por amigos o familiares (Cuadro 3). Respecto al patrón de consumo mas de tres cuartas partes (76.9%) lo consumen diariamente, casi el 40% inicia el consumo de drogas entre los 10 y 14 años, empezando con el consumo con marihuana(26.0%), tabaco (25.4%), y con cristal (24.0%) (Cuadro 4).

## **PATRÓN DE ABUSO POR TIPO DE DROGAS Y TENDENCIAS**

### **MARIGUANA**

De acuerdo a los Centros de Integración Juvenil (CIJ), los usuarios de marihuana como droga de inicio (2,435) durante el 2002 en su mayoría fueron hombres (91.6 por ciento), 30.2 por ciento tenían entre 15 a 19 años de edad, 90.4 por ciento tenían sólo el grado de escolaridad de primaria, 60.2 eran solteros y 50.8 por ciento provenían de un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad de inicio del 92.0 por ciento de los usuarios de marihuana ocurrió entre los 10 y 19 años de edad, y de ellos 64.5 por ciento reportaron usarla a diario. (Cuadro 5)

En la actualidad la marihuana fue la segunda opción como droga de inicio (13.5 por ciento), y como droga de impacto también quedó en segundo lugar (18.2 por ciento) (Gráfica 1).

Con base en los informes de los CIJ de 2002, la historia natural de la marihuana entre estos pacientes, al entrar a tratamiento en promedio permanecía como monousuario el 11.2 por ciento, y 88.8 por ciento iniciaron el uso de una segunda droga, usualmente el alcohol (29.8 por ciento) y la cocaína (22.5 por ciento). De los usuarios de múltiples drogas, 82.8 por ciento avanzó a una tercer droga, principalmente cocaína (24.6 por ciento), alcohol (20.2 por ciento), tabaco (15.0 por ciento), o inhalables (12.4 por ciento) (Diagrama 1).

De acuerdo a los datos recolectados desde los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's), la mayoría de los usuarios que iniciaron con marihuana pertenecían al sexo masculino (95.1 por ciento); 24.3 por ciento tenían entre 35 y más años de edad. 41.8 por ciento contaban con escolaridad de secundaria y 55.2 por ciento eran solteros. La edad de inicio para el uso de marihuana entre estos pacientes fue entre los 10 a 14 años (49.5 por ciento) y 80.9 por ciento reportaron uso diario (Cuadro 6).

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

La historia natural del consumo de marihuana reportado por los Centros de Tratamiento No Gubernamentales durante el 2002, mostró que 12.5 por ciento de los ingresos a tratamiento permanecían como monousuarios, mientras que el restante 87.5 por ciento había progresado a una segunda droga de las que en orden de importancia fueron: cocaína (23.1 por ciento) y alcohol (15.8 por ciento), de este grupo, 77.5 por ciento habían pasado al consumo de una tercera droga, en su mayoría heroína (24.4 por ciento), cocaína (23.4 por ciento) y cristal (11.4 por ciento) (Diagrama 1).

La información de los Consejos Tutelares de Menores, reportó que 37.4 por ciento de los 3,261 jóvenes arrestados durante 2002 usaban marihuana. La mayoría de ésta población fue masculina (96.0 por ciento), 57.6 por ciento tenían nivel de escolaridad de primaria y 37.7 por ciento estaban subempleados. 39.2 por ciento tenían tatuajes y 31.0 por ciento eran miembros de una pandilla; 36.4 por ciento de las infracciones fueron cometidas bajo intoxicación y 50.0 por ciento de ellas fueron robos (Cuadro 7).



La información de los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) indicó que 8.3 por ciento de las muertes reportadas estuvieron asociadas con marihuana; el grupo prevaleciente fue el de hombres (96.6 por ciento), 20.3 por ciento tenían 40 y más años de edad, 19.5 por ciento de 30 a 34 y de 25 a 29 años 17.8 por ciento. La causa principal de muerte en éstos casos fue por arma de fuego (21.2 por ciento), la intoxicación quedó en segundo lugar (19.5 por ciento); los lugares en donde ocurrieron con más frecuencia fueron en la calle (62.6 por ciento) o en la casa (26.1 por ciento) (Cuadro 8).

De acuerdo a los datos obtenidos de los Servicios de Urgencia Hospitalaria entre los sujetos atendidos y que estaban bajo la influencia de alguna droga, la marihuana ocupó el segundo lugar con 27 pacientes (9 por ciento), asociándose principalmente a contusiones (29.6 por ciento) (Cuadro 9). Por otro lado, quedó en el quinto sitio con 99 personas (3.4 por ciento) cuando se trató del consumo en los últimos treinta días entre aquellos pacientes que solicitaron atención por alguna patología, en éste caso la más frecuentes fue la psicosis alcohólica (Cuadro 10).

## INHALABLES

Los usuarios que utilizaron inhalables como droga de inicio atendidos en los Centros de Integración Juvenil fueron hombres en su mayoría (87.7 por ciento), con edades entre 15 y 19 años (36.3 por ciento). Casi todos los pacientes tenían educación primaria (95.7 por ciento), 75.1 por ciento estaban solteros y 50.9 por ciento pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. Una gran mayoría inició el uso de los inhalables entre los 10 y los 14 años de edad (65.1 por ciento); 49.3 por ciento los usaba a diario y 34.9 por ciento los usaban una vez por semana (Cuadro 5).

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

Los datos de los Centros de Tratamiento Gubernamentales sobre la historia natural del uso de inhalables mostraron que 22.1 por ciento eran monousuarios cuando entraron a tratamiento y 77.9 por ciento utilizaban una segunda droga, en su mayoría marihuana (36.3 por ciento), alcohol (21.2 por ciento) y tabaco (16.4 por ciento). De los usuarios múltiples de drogas, 81.5

por ciento usaban una tercera droga, en orden de frecuencia marihuana (23.5 por ciento), alcohol (21.0 por ciento), cocaína (17.4 por ciento), o tabaco (14.6 por ciento) (Diagrama 2).

De los Centros No Gubernamentales (ONG's) se informó que de los 3,624 pacientes que usaban inhalables como droga de inicio, la mayoría eran hombres (93.7 por ciento), 27.3 por ciento tenían entre 15 y 19 años de edad. El 57.7 por ciento contaban con educación primaria y 70.0 por ciento eran solteros. Más de la mitad (55.5 por ciento) de los usuarios de inhalables habían iniciado su consumo entre los 10 y los 14 años de edad y 86.1 por ciento reportaron usarlos diariamente (Cuadro 6).

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

Dentro de la historia natural de los usuarios de inhalables 64.6 por ciento habían progresado a una segunda droga, de las que en orden de importancia, fueron: la marihuana (51.8 por ciento), el alcohol (16.8 por ciento), y los tranquilizantes (6.5 por ciento). De ellos 76.0 por ciento pasaron a una tercera droga, usualmente cocaína (23.6 por ciento), marihuana (17.6 por ciento), heroína (14.5 por ciento) o tranquilizantes (12.8 por ciento) (Diagrama 2).

De acuerdo a la información del Consejo Tutelar para Menores Infractores, 16.1 por ciento de estos jóvenes usaban inhalables. La mayoría de ellos del sexo masculino (94.3 por ciento), tenían educación primaria (66.8 por ciento) y estaban subempleados (42.4 por ciento). 43.7 por ciento tenían tatuajes y 37.0 por ciento pertenecían a una pandilla o banda; 40.2 por ciento cometieron la infracción mientras estaban intoxicados y el robo fue el más común de los actos (49.1 por ciento) (Cuadro 7).

En la información recolectada durante las dos semanas típicas de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, 16 pacientes (6.7 por ciento) ingresaron bajo el efecto de inhalables, con lesiones por causa externa (18.5 por ciento por caídas y un porcentaje igual por envenenamiento o intoxicación) (Cuadro 9). Asimismo, 27 pacientes (0.9 por ciento) refirieron haber usado inhalables durante los últimos 30 días y de ellos 25.9 por ciento ingresaron por psicosis alcohólica. (Cuadro 10).

## ALCOHOL

Durante el año 2002 los Centros de Integración Juvenil, informaron de 18,070 pacientes atendidos de los que 5,835 fueron por alcohol como droga de inicio, de ellos 86.2 por ciento fueron hombres, 32.1 por ciento tenían entre 5 y 14 años de edad, y 26.5 por ciento entre 15 y 19. Más de la mitad tenían un nivel de escolaridad de primaria (84.2 por ciento), 56.2 por ciento eran solteros, y también más de la mitad (53.6 por ciento) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo. Casi la mitad (47.6 por ciento) iniciaron el uso del alcohol entre la edad de 15 a 19 años; 51.8 por ciento reportaron uso semanal y 26.0 por ciento reportaron una frecuencia de uso entre 1 a 3 veces por mes (Cuadro 5).

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

Cuando el alcohol fue la droga de inicio 92.2 por ciento progresaron a una segunda droga, generalmente el tabaco (47.7 por ciento), seguido por la marihuana (21.8 por ciento), y la cocaína (17.9 por ciento). Del grupo de usuarios de múltiples drogas, 75.8 por ciento mencionaron usar una tercera droga, usualmente la marihuana (31.7 por ciento), la cocaína (29.8 por ciento), y los inhalables (10.5 por ciento) (Diagrama 3).

Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's) informaron que la mayoría de los 8,508 pacientes que iniciaron con alcohol durante el período analizado fueron hombres (93.4 por ciento), 40.8 por ciento eran de 35 años de edad o mayores, 33.9 por ciento contaban sólo con educación primaria; 44.4 por ciento eran solteros y la mayor parte de ellos (45.5 por ciento) inició el consumo de alcohol a edades entre los 15 y los 19 años; 48.2 por ciento reportaron uso diario y 38.9 por ciento una vez a la semana (Cuadro 6).

El alcohol quedó en segundo orden como la droga de inicio (26.7 por ciento) y en el tercero como la droga de impacto (16.3 por ciento) en los Centros No Gubernamentales (ONG's) (Gráfica 2).

La historia natural del abuso del alcohol proporcionada por los Centros de Tratamiento No Gubernamentales durante 2002 muestra que 25.7 por ciento eran usuarios únicamente de alcohol, mientras que los restantes 74.3 por ciento habían progresado a una segunda droga, generalmente la marihuana (37.5 por ciento), la cocaína (23.3 por ciento) y el tabaco (17.3 por ciento). El 67.0 por ciento pasó a una tercera droga, usualmente la cocaína (32.0 por ciento), la marihuana (20.2 por ciento), y el cristal (10.5 por ciento) (Diagrama 3).

Entre los menores infractores, 14.1 por ciento de ellos reportaron abuso de alcohol. La mayoría de ellos eran hombres (92.7 por ciento), y 47.4 por ciento tenían educación primaria, el 34.2 por ciento eran empleados, 27.5 por ciento tenían tatuajes, y 24.4 por ciento eran miembros de una banda. Más de la tercera parte de éstos jóvenes (38.5 por ciento) cometieron la infracción mientras estaban intoxicados, y el robo fue la más común de ellas (45.1 por ciento) (Cuadro 7).

De acuerdo a los Servicios Médico Forense el abuso de alcohol se asoció en 81.3 por ciento de las muertes asociadas a drogas, la gran mayoría eran hombres (94.0 por ciento), y 41.2 por ciento eran de 40 o más años de edad. La causa principal de éstas muertes fue por asfixia (17.7 por ciento), y en el segundo lugar fue por accidente de tráfico (16.8 por ciento); el sitio más frecuente en donde ocurrió la defunción fue la calle (36.3 por ciento) o la casas (29.7 por ciento) (Cuadro 8).

En la información de los Servicios de Urgencia Hospitalaria se encontró que el alcohol ocupó el primer lugar con 190 casos (79.5 por ciento) en los sujetos que estaban bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, asociándose principalmente a contusiones (29.5 por ciento), caída (25 por ciento) o accidente automovilístico (15 por ciento) (Cuadro 9); por otro lado, 1,678 pacientes mencionaron haber consumido alcohol en los últimos 30 días, ocupando así también el primer sitio, en éste grupo las patologías más frecuentes fueron: afección osteomuscular (14 por ciento) y cirrosis o gastritis (7 por ciento) (Cuadro 10).

## COCAÍNA

Los Centros de Integración Juvenil, informaron que los usuarios de cocaína como droga de inicio durante 2002 fueron en su mayoría hombres (87.5 por ciento), 33.0 por ciento estaban entre las edades de 15 a 19 años, 89.2 por ciento tenían educación primaria, 59.7 por ciento eran solteros, y 24.1 por ciento estaban casados. Más de la mitad (51.4 por ciento) pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo, 45.3 por ciento habían iniciado el uso de cocaína entre las edades de 15 a 19 años, y casi la mitad usaban la cocaína una vez a la semana (44.4 por ciento) seguidos por aquellos que la usaban a diario (40.2 por ciento) (Cuadro 5).

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

La historia natural de la cocaína muestra que 38.0 por ciento permanecían como monousuarios cuando entraron a tratamiento, mientras que el resto estaban usando una segunda droga, generalmente el alcohol (31.7 por ciento), la marihuana (24.8 por ciento) y el tabaco (16.8 por ciento). De los usuarios de múltiples drogas, 61.1 por ciento habían iniciado el uso de una tercera droga alternándola o combinándola principalmente con alcohol (27.8 por ciento), tabaco (26.2 por ciento) y marihuana (16.6 por ciento) (Diagrama 4).

De los usuarios que utilizaron cocaína como primer droga y que fueron atendidos en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 88.1 por ciento eran hombres, 24.1 por ciento estaban entre los 20 a 24 años de edad; 42.3 por ciento tenían un nivel de escolaridad de secundaria y 50.9 por ciento estaban solteros, 40.2 por ciento iniciaron el uso de la cocaína entre los 15 y los 19 años de edad; 63.2 por ciento reportaron uso diario, y 29.2 por ciento mencionaron uso semanal (Cuadro 6).

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

La historia natural del abuso de la cocaína de acuerdo a lo informado por los Centros de Tratamiento No Gubernamentales durante 2002 mostró que 38.0 por ciento permanecían como monousuarios, pasando a una segunda droga el 62.0 por ciento generalmente la marihuana (25.1 por ciento), la heroína (19.3 por ciento), el alcohol (18.5 por ciento) y el cristal (17.0 por ciento). De los usuarios de múltiples drogas, 44.5 por ciento pasaron a consumir una tercera droga, principalmente la marihuana (18.2 por ciento), el cristal (15.5 por ciento), o el alcohol (13.2 por ciento) (Diagrama 4).

El Consejo Tutelar de Menores informó el uso de cocaína entre el 21.2 por ciento de éstos jóvenes. Ellos en su mayoría pertenecían al sexo masculino (95.2 por ciento), más de la mitad tenían educación primaria (58.7 por ciento) y su ocupación era de subempleados (38.6 por ciento). 38.0 por ciento tenían tatuajes, sólo 29.0 por ciento eran miembros de una banda. Una tercera parte de los menores infractores (33.6 por ciento) cometieron el acto bajo intoxicación, el robo fue la más frecuente de las infracciones (49.8 por ciento) (Cuadro 7).

De acuerdo a la información de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, entre los pacientes que ingresaron bajo el efecto de alguna droga, la cocaína se situó en el tercer lugar con 26 personas (10.9 por ciento), asociándose en orden de frecuencia con contusiones (31 por ciento) y herida por arma blanca (19 por ciento) (Cuadro 9). Asimismo, 66 pacientes (2.3 por ciento) refirieron

haberla consumido en los últimos treinta días, quedando en el sexto lugar, asociándose principalmente a las siguientes patologías: psicosis alcohólica (18 por ciento) y cirrosis y urgencias quirúrgicas con 10.6 por ciento cada una (Cuadro 10).

## HEROÍNA

De acuerdo a los Centros de Integración Juvenil, los usuarios que iniciaron su consumo de drogas con la heroína durante 2002, fueron hombres en su mayoría (82.8 por ciento), el 24.1 por ciento su edad estaba entre los 30 a 34 y los 35 y más años, 93.1 por ciento contaban con educación primaria, 41.4 por ciento estaban solteros y casados el 20.7 por ciento, 57.1 por ciento pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo y el 39.3 de un nivel socioeconómico bajo. La edad de inicio para el 62.1 por ciento de los usuarios de heroína ocurrió entre los 15 y los 19 años de edad y de ellos, 90.9 por ciento reportaron uso diario (Cuadro 5).

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

De acuerdo a la información obtenida en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's), los usuarios que iniciaron con heroína en su mayoría pertenecían al sexo masculino (91.9 por ciento); 40.4 por ciento tenían 35 o más años de edad. 44.2 por ciento de éstos pacientes habían cursado sólo la educación primaria y 48.4 por ciento estaban solteros. La edad del primer uso de heroína entre éstos pacientes fue entre los 15 y los 19 años de edad (35.1 por ciento) y 94.7 por ciento reportaron usarla diariamente (Cuadro 6).

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

La información de los Consejos Tutelares de Menores reportó que el 0.9 por ciento de los menores infractores detenidos durante el 2002 usaron heroína. La mayoría de ésta población pertenecía al sexo masculino (92.7 por ciento), 64.7 por ciento tenían educación primaria, y el 38.0 por ciento eran subempleados; 40.0 por ciento tenían tatuajes y eran miembros de alguna banda respectivamente, 61.0 por ciento de las infracciones fueron cometidas bajo intoxicación y el robo fue el delito más común (59.8 por ciento) (Cuadro 7).

Las semanas típicas en los Servicios de Urgencia Hospitalaria mostraron que 4 pacientes (1.7 por ciento) que ingresaron por lesiones por causa externa se encontraban bajo el efecto de la heroína, (caída 25%, contusiones 25% y herida por arma de fuego 25%) (Cuadro 9) y entre aquellos que ingresaron por alguna otra patología 26 sujetos (0.9 por ciento) mencionaron consumo de heroína en los últimos 30 días, situándose en el noveno lugar, asociándose principalmente a psicosis alcohólica (26.9 por ciento), afección dermatológica (11.5 por ciento), SIDA y cirrosis 7.7 por ciento cada una (Cuadro 10).

## TABACO

De la información proporcionada por los Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) en el año 2002, el tabaco como droga de inicio fue el primer lugar entre las drogas que motivaron la demanda de atención con 6,441 sujetos (36.7 por ciento), aunque en su mayoría eran hombres (83.7 por ciento) el sexo femenino abarcó un alto porcentaje (16.3 por ciento), 20 por ciento tenían entre 20y 24 años de edad, 84.7 por ciento mencionaron estudios de nivel primaria, 59.9 por ciento estaba solteros y 54.7 por ciento pertenecían al nivel socioeconómico medio-bajo. La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas fue entre los 10 y los 14 años (55 por ciento); el 80.6 por ciento mencionó consumirlo a diario (Cuadro 5).

Entre la población que acudió a los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's), el tabaco como droga de inicio, se ubicó en el tercer lugar con 5,459 personas (17.2 por ciento), de los que 91 por ciento fueron hombres, 26.5 por ciento tenían 35 años o más de edad, el 52.7 por ciento estaban solteros, 55 por ciento mencionaron al grupo de 10 a 14 años como la edad de inicio de consumo, 86.7 por ciento lo consumían a diario (Cuadro 6).

El Consejo Tutelar de Menores informó el uso de tabaco entre el 15.7% por ciento de éstos jóvenes. Ellos en su mayoría pertenecían al sexo masculino (92.3 por ciento), más de la mitad tenían educación primaria (51.5 por ciento) y su ocupación era de empleados (31.7 por ciento). El 30.8 por ciento tenían tatuajes, sólo el 26.4 por ciento eran miembros de una banda. Casi la tercera parte de los menores infractores (30.6 por ciento) fumaban al momento del delito y el robo fue la más frecuente de las infracciones (49.3 por ciento) (Cuadro 7).

De acuerdo a la información de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, entre los 239 pacientes que ingresaron por lesiones por causa externa bajo el efecto de alguna droga, 4 de ellos mencionaron al tabaco (1.7 por ciento) (Cuadro 9), sin embargo, de los 2,930 pacientes que

ingresaron y que mencionaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días, 1,407 (48 por ciento) utilizaron el tabaco, asociándose principalmente con afecciones osteo-musculares, cirrosis e hipertensión (Cuadro 10).

## **RESULTADOS GLOBALES Y POR REGIONES**

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

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

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

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

La droga de impacto según vía de uso en este mismo grupo de población, se observa que el fumar se reportó el 42.1%, el consumo oral fue del 18.3%, y el 6.2 % es inhalada, mientras que la vía intravenosa e intramuscular se reportaron en el 3.1 y 0.2% respectivamente (Gráfica 8).

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

Al integrar por zonas las ciudades que forman el SISVEA, se tiene que para la zona norte, las ONG's, abarcan 21 ciudades de las que se refiere como droga de inicio la marihuana en Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Nogales, Culiacán, Ciudad. Juárez, Piedras Negras, Los Cabos, Tijuana, Mexicali y Ensenada, con porcentajes entre el 27.2 y el 64.7%. Las que refieren



como droga de inicio el alcohol fueron Tampico, Matamoros, Agua Prieta, Monterrey, Durango, Chihuahua y la Paz, siendo mayor en Monterrey con el 57%, y menor en Paz con el 29.1%, por último como droga de inicio se tiene al Tabaco en Hermosillo, Tepic y San Pedro de las Colonias, siendo mas frecuente en Hermosillo 52.2% (gráfica 9).

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

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

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

En la zona centro, las ONG's participan en 18 ciudades en las que en su mayoría refieren como droga de inicio el alcohol, Tlaxcala, San Luis Potosí, Cuernavaca, Morelia, Pachuca, San Francisco del Rincón, Salamanca, Celaya, Ciudad Allende, Distrito Federal y Colima en las que el mayor porcentaje fue en Morelia con el 75.1%. Respecto a los inhalables se presentan únicamente en León con un 60.3%. El tabaco como droga de inicio se reportó en Irapuato y en

Aguascalientes con el 46.4% y 51.2% respectivamente, por último la marihuana se observa en Zacatecas, Guadalajara, Toluca, y Querétaro donde alcanzó el 39.5% (gráfica 11).

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

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

Las drogas de impacto en ésta zona fueron la cocaína en 12 de las 20 ciudades registrándose en Ecatepec el mayor porcentaje con 48%. El alcohol se observó 4 ciudades siendo en Zacatecas con un 35.9% el más registrado. El tabaco se presenta en San Luis Potosí con un 31.5%. El crack en Chalco y Salamanca con el 22.5 y 25.8% respectivamente. Los inhalables solo se observan en Pachuca con un 24.7% (gráfica 12).

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

Los CIJ de la zona sur abarcan 8 ciudades, en las que en 6 se tiene el alcohol como droga de inicio, con una mayor proporción en Tuxtla Gutiérrez con el 45.5%. El tabaco se refiere en Poza

Rica en un 59.6%, y en Cancún en un 36.4%. Las drogas de impacto que se identifican en este mismo grupo son, el alcohol en Poza Rica en un 25.6%, Xalapa con un 36.5%, Tehuacán con el 32.9%, Puebla con el 25.2%. La marihuana se refiere en Mérida en un 28.4% y en Tuxtla Gutiérrez en un 31.2% y la cocaína se presenta en Cancún en un 41.1% y en Acapulco en un 36.5% (gráfica 14).

## CONCLUSIONES

Durante el año 2002 el SISVEA cumplió con la tarea de mantener la vigilancia epidemiológica del consumo de drogas en México, el cumplimiento de los objetivos del SISVEA, para proporcionar el diagnóstico actualizado sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en México, puede ser evaluado desde tres perspectivas concretas; cobertura, oportunidad y calidad de la información, al respecto el Sistema se ha fortalecido con acciones específicas en cada una de ellas como lo es:

- El incremento de las ciudades participantes, teniendo como resultado, que al menos una ciudad de cada entidad federativa participa en el sistema. Esto conlleva evidentemente a que el número de fuentes primarias de información aumentó, integrando la información de 440 fuentes durante el año 2002.
- La oportunidad y calidad con que se recibe la información, se evalúa mensualmente a través de indicadores creados para ese fin, por medio de metodología vectorial.

Durante el 2002 la información que se recabó, corresponde en su mayoría a ciudades ubicadas al norte de la república.

De acuerdo con los resultados obtenidos durante el año 2002, se observó que el tipo de droga reportada varía en cada una de las fuentes de información, encontrándose que:

- En los Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) la información de los ha mostrado que, la marihuana y los inhalables tienen un decremento como drogas de inicio y por otro lado, el alcohol continúa incrementándose. La mayor prevalencia de la droga de impacto fue la cocaína, sin embargo, ésta muestra un decremento al compararse con los años previos. En estos mismos centros La población más afectada es la del sexo masculino e inicia el consumo de la droga durante la adolescencia y más de la mitad refiere consumirlo diario.

- Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's) registran que la cocaína presentó un descenso leve como droga de inicio pero como droga de impacto 23.8 por ciento de los pacientes demandaron tratamiento debido al uso de la cocaína y para éste año ésta droga se situó en el primer lugar entre los pacientes que solicitaron tratamiento. Por otro lado, la heroína como droga de inicio permaneció estable, pero como droga de impacto tuvo un ligero descenso. La población que acude a este tipo de centros tiene un perfil similar a los que acuden a los CIJ , es decir , predomina en el sexo, la edad de inicio de consumo es en la adolescencia y casi el cien por cien, refiere consumirla diario.
  - Entre los menores infractores que fueron recluidos a los Consejos Tutelares, el consumo de la marihuana y la cocaína se ha incrementado, cabe señalar que cada vez es mayor el número de menores que refieren consumo de heroína.
  - En el Servicio Médico Forense la droga que más se reporta es el alcohol, es importante mencionar que existe un subregistro en el caso de otras drogas, debido a que no todos los Servicios Médicos Forenses cuentan con equipo necesario para realizar análisis específicos para detectar efecto de otras drogas.
  - En los servicios de urgencias, también fue el alcohol la droga que más se registró, aunque al igual que en el forense, en muchas ocasiones no se reportan otras drogas.

Desde la perspectiva de la vigilancia epidemiológica, la identificación de las características de las personas con adicción a drogas, así como conocer su patrón de consumo, son una herramienta que los tomadores de decisiones deben considerar para impulsar las acciones específicas de prevención y protección a los grupos más vulnerables.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS.**

**CIUDAD SISVEA.** Ciudad donde opera el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).

**CENTROS DE TRATAMIENTO GUBERNAMENTALES.** Se refiere a los CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ) que prestan atención curativo-rehabilitatoria, a personas usuarias de sustancias psicoactivas que tienen problemas de salud, así como a sus familiares. Estos centros iniciaron la notificación al SISVEA a partir de 1991.

**CENTROS DE TRATAMIENTO NO GUBERNAMENTALES (ONGs).** Son centros de tratamiento o rehabilitación que atienden a individuos usuarios de sustancias psicoactivas, se trata de asociaciones civiles, que generalmente ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas. Estos centros de tratamiento iniciaron la notificación al SISVEA a partir de 1994.

**DROGA:** Se define como aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

**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.

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

**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.

**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.

**MONOUSUARIO:** Consume solamente un tipo de droga.

**POLIUSUARIO:** Consume dos o más tipos de droga.

**ADICTO O FARMACODEPENDIENTE:** Persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

**DROGAS ILEGALES:** Llamadas también no-médicas o duras, se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el funcionamiento del SNC.

**DROGA DE INICIO:** De acuerdo con la información aportada por el propio paciente, se refiere a la primera droga consumida.

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

**DROGA DE USO ACTUAL:** Se entiende como la droga que el paciente refiere en uso al momento de la entrevista.

**HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS.** Se refiere a la información relacionada con el orden cronológico de las tres primeras drogas que el paciente manifiesta consumir.

**MARIGUANA:** Alucinógeno leve, que induce un sentimiento de relajación, desinhibición emocional, distorsiones perceptuales y sensoriales, inhabilidad cognitiva y motora.

**COCAÍNA:** Potente estimulante del SNC que produce aumento en estado de alerta, sentimientos intensos de euforia, produce inhibición del apetito y de la necesidad de dormir.

**HEROÍNA:** Potente opioide, semisintético, derivado de la morfina, tiene efectos eufóricos y analgésicos muy potentes y un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico narcótico.

**INHALABLES O SOLVENTES:** Hidrocarburos solventes volátiles que se obtienen del petróleo y del gas natural, que tienen efectos psicotrópicos similares a los de otras sustancias sedantes e hipnóticos, generalmente producen distorsiones sensoriales y perceptuales temporales.

**ALUCINÓGENOS:** Sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad. Suelen provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales.

**ALCOHOL ETÍLICO O ETANOL:** Es un depresor primario y continuo del SNC.

**TABACO (NICOTINA TABACUM):** Es una planta que presenta propiedades narcóticas gracias a un alcaloide denominado nicotina y que se utiliza para fumar, masticar o aspirar. Tiene efectos estimulantes en el SNC.

**DROGAS DE DISEÑO O SÍNTESIS:** Sustancias de estructura química semejante y parecidos efectos psicoactivos, sintetizadas en laboratorios. Se ha realizado una división en 4 grupos: 1. Estimulantes (éxtasis), 2. Otros estimulantes, 3. Alucinógenos (ácidos como LSD) y 4. Opioides.

Los efectos que producen son taquicardia, insomnio, pérdida del apetito, sudoración anormal, náuseas, merma de la capacidad de concentración, cambios en la percepción de los colores, crisis de ansiedad, trastornos psicóticos de tipo paranoide.

## ANEXO

(Cuadros, gráficas y diagramas)