



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

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

Informe 2003

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. Otilda Jiménez Casillas
Dr. Armando Amezcua Jiménez
Dra. María Elena Rivera Montiel

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 OPERATIVA EPIDEMIOLOGICA

Dra. Patricia Cravioto Q.
Lic. Fernando Galván Castillo
M. en C. Mario Cortés Ramírez

ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES

Entidad y Ciudad	Responsable
Aguascalientes	<i>Dr. Daniel Traconis Ramos</i> Subdirector Estatal de Medicina Preventiva y Epidemiología
• Aguascalientes	<i>Dr. Jorge Alfonso Blanco Alonso</i>
Baja California	<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>
Baja California Sur	<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>
Campeche	<i>Dr. Fernando Arjona Cusi</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Campeche	<i>Dr. Antonio Flores Alamilla</i>
Coahuila	<i>Dra. Ana Margarita Borjon Lumbreras</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Piedras Negras	<i>Dr. Benjamín Eloy Chapa Castro</i>
• San Pedro de las Colonias	<i>Dr. Edgar Alejandro Rey Sifuentes</i>
Colima	<i>Dr. Martín Rizo Puente</i> Srto. Técnico del Consejo Estatal Contra las Adicciones
• Colima	<i>Dr. Martín Rizo Puente</i>

ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES (cont.)

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

ENTIDADES Y CIUDADES PARTICIPANTES (cont.)

Entidad y Ciudad	Responsable
Guerrero	<i>Quim. Isaac Ibañez Cortés</i> Resp. del programa de prevención y control de las adicciones
• Acapulco	<i>Dra. Maricela Rivera Contreras</i>
Hidalgo	<i>Dra. Crispina Verduzco Solís</i> Subdirectora Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Pachuca	<i>Lic. María Teresa Tristan</i>
Jalisco	<i>Lic. María Cristina Santoscoy Gutiérrez</i> Comisionada del Consejo Estatal Contra las Adicciones
• Guadalajara	<i>Dr. Luis Javier Robles Arellano</i>
Estado De México	<i>Dr. Miguel Angel Martínez P</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Toluca	<i>Dr. Alfredo Nava Ruiz</i>
Michoacán	<i>Dr. Favio Silahua Silva</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Morelia	<i>Dra. Juana Suárez Alcantar</i>
Morelos	<i>Dr. Carlos Orlando Villamizar</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Cuernavaca	<i>Dra. Carmen Ma. Hernández Moreno</i> <i>Psic. Perla Alica López G.</i>
Nayarit	<i>Dr. José A. Palacios Isaac</i> Coordinador Estatal de Salud Mental
• Tepic	<i>Dr. Federico Cortés</i>
Nuevo León	<i>Dra. Angeles Mata Briseño</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Monterrey	<i>Dr. Juan José Roque Segovia</i>
Oaxaca	<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
Puebla	<i>Dra. Ma. Magdalena Iturbe Quiroz</i> Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica
• San Pedro Cholula	<i>Dr. Pedro Rodríguez Gama</i>
Querétaro	<i>Dr. Jaime Ponce Alcocer</i> Comisionado del Consejo Estatal Contra las
• Querétaro	<i>Lic. Lorena Gómez Varéla</i>
Quintana Roo	<i>Dr. Mario Urzua de La Cruz</i> Jefe del Departamento Estatal de Vigilancia
• Chetumal	<i>Lic. Manuel Gamboa Buenfil</i>
• Cancún	<i>Dra. Teresita de La Cruz Moreno</i> <i>Dr. Hector Marroquin Segura</i>
San Luis Potosí	Srío. Técnico del Consejo Estatal Contr las Adicciones
• San Luis Potosí	<i>Dr. José De Jesús Méndez Lira</i>
Sinaloa	<i>Dr. Adolfo Entzana Galindo</i> Subdirector Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Culiacán	<i>Dra. Ofelia Cardenas Medina</i>
Sonora	<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>
Tabasco	<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
Tamaulipas	<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>Dra. Gloria Leticia Doria Cobos</i>
• Tampico	<i>Dr. Esteban Barrón Guardado</i>
• Ciudad Victoria	<i>Dr. Carlos Irineo Quiñones Carrizales</i>
Tlaxcala	<i>Dra. Rosa Elvira Montiel Huerta</i> Subdirectora Estatal de Epidemiología
• Tlaxcala	<i>Dra. Virginia Sánchez Cordero</i>
Veracruz	<i>Dra. Dulce María Espejo Guevara</i> Jefe del Departamento Estatal de Vigilancia Epidemiológica
• Xalapa	<i>Dra. María Teresa Libreros</i>
Yucatán	<i>Lic. Gabriela Molina Morin</i> Responsable del Programa Estatal de Adicciones
• Mérida	<i>Dr. Miguel Quintal Valladares</i>
Zacatecas	<i>Dra. Lucia del Refugio Reyes Veyna</i> Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal
• Zacatecas	<i>Lic. Patricia Vargas Romo</i>

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	10
Fuentes de información.....	11
Perfil sociodemográfico de población que acude a Tratamiento según droga de impacto.....	12
Patrón de abuso y tendencias por tipo de droga.....	14
Mariguana.....	14
Inhalables.....	16
Alcohol.....	17
Cocaína.....	19
Heroína.....	21
Tabaco.....	22
Resultados en forma global y por región.....	23
Conclusiones.....	26
Glosario	28
Anexo (Cuadros, gráficas y diagramas).....	31

INFORME DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA) MEXICO 2003

INTRODUCCION

La vigilancia epidemiológica, constituye la esencia de la práctica de la epidemiología en los servicios de salud, a través de ésta se obtiene información que permite formular intervenciones en términos de prevención, evaluar el impacto que sobre la morbi-mortalidad tienen los servicios y las acciones que configuran la situación de salud en las diferentes poblaciones.

La finalidad de la vigilancia epidemiológica es la prevención y control de los problemas de salud, y para su aplicación se requiere de un trabajo multidisciplinario activo y permanente, en donde todos y cada uno de los integrantes del equipo aporten al proceso, esta dinámica implica mantener un control y evaluación permanente de todas las acciones requeridas.

La vigilancia epidemiológica, no es un procedimiento adicional sino inherentes a todas las acciones que buscan la prevención y control de los problemas de salud, por lo tanto, todos y cada uno de los responsables son participes del proceso en diferentes niveles de responsabilidad, ya sea generando, analizando o validando la información que será la base para la toma de decisiones.

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 sobre 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.

Desde su creación y a lo largo de sus 14 años de funcionamiento, el SISVEA 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 2003.

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 2003 los Centros de Integración Juvenil reportaron 21,387 consultas otorgadas en los 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 39,011 tratamiento en las 53 ciudades SISVEA distribuidas en todo el país.
- 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 (Acapulco, Agua Prieta, Aguascalientes, Campeche, Cancún, Ciudad Juárez, Cd. Victoria, Celaya, Culiacán, Chetumal, Chihuahua, Durango, Ensenada, Guadalajara, Guanajuato, Hermosillo, Irapuato, León, Matamoros, Mérida, Mexicali, Nogales, Nuevo Laredo, Oaxaca, Pachuca, Piedras negras, Querétaro, Reynosa, Salamanca, San Luis Potosí, San Miguel de Allende, San Pedro de las Colonias, Tampico, Tepic, Tijuana, Toluca, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Jalapa y Zacatecas), informaron en el año 2003 sobre 9561 detenidos, de ellos 5,210 (54.5 por ciento) mencionaron consumo habitual de drogas y 1,551 (29.8 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 2003 éstos servicios informaron de 9,232 defunciones de las cuales 1,645 (17.8 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 una estrategia centinela realizada en los 125 servicios de urgencia de hospitales generales y servicios de atención como la Cruz

Roja. En el año 2003 en las 38 ciudades SISVEA que participaron (Acapulco, Acámbaro, Agua Prieta, Aguascalientes, Allende, Campeche, Cancún, Celaya, Ciudad Juárez, Ciudad Victoria, Culiacán, Chetumal, Chihuahua, Durango, Ensenada, Guadalajara, Guanajuato, Hermosillo, Irapuato, La Paz, León, Matamoros, Mérida, Mexicali, Nogales, Oaxaca, Pachuca, Piedras Negras, San Pedro, Querétaro, San Cristóbal de las Casas, Salamanca, San Francisco del Rincón, San Luis Potosí, San Miguel de Allende, Reynosa, Tijuana, Toluca, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa y Zacatecas), se registraron 14,506 ingresos a los Servicios de Urgencia de Hospitales (gráfica 15), de los que 518 (3.6 por ciento) se encontraron bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, de las que a su vez presentaron lesiones por causa externa (cuadro 9). Además 5,222 personas (40.8 por ciento) mencionaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días.(cuadro 10)

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 (21,387 pacientes) durante el 2003, el 88.7% (18,974) proporcionó información respecto a la droga de impacto, de estas el 21.3% refieren que la cocaína es la droga que más problemas de salud, legales, laborales o familiares les causa. El alcohol se ubicó en segundo lugar con el 16.0% y la marihuana en el tercero con el 14.7% (Cuadro 1).

Los pacientes que acudieron a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil, por el uso de cocaína, son hombres con un 90.6% (6374), el grupo de edad más afectado es el de 20 a 24 años con un 26.3%; respecto a la escolaridad el 46.4% cuenta únicamente con educación secundaria, referente al estado civil el 51.1% es soltero, el 57.6% es de nivel socioeconómico medio bajo (Cuadro 1). Referente al consumo, la cocaína es la droga de impacto ya que el 44.0% de pacientes la consumen diario y el 25.1% lo hacen en forma semanal; el grupo de edad de inicio es de 10 a 14 y de 15 a 19 años con 44.0 y 44.8% respectivamente. Para éstos pacientes el tabaco (38.9%) y el alcohol (31.8%) fueron las drogas con las que iniciaron el consumo (Cuadro 2).

Por el consumo de marihuana 16.7% (3165) solicitaron atención en los CIJ, de estos el 91.7% son hombres, el grupo de edad más afectado es el de 15 a 19 años con el 42.7%, con relación

al grado de escolaridad, el 43.8% de los pacientes cuentan con estudios al nivel de secundaria; Casi tres cuartas partes (70.8%) son solteros y poco más de la mitad (52.3%) pertenecen al nivel medio bajo (Cuadro 1). Referente al patrón de consumo la marihuana la consumen a diario el 66.9%; la edad en la que iniciaron el consumo fue entre los 10 y 14 años (53.4%), y las drogas que estos consumidores utilizaron para iniciar su adicción fueron tabaco y marihuana con un 35.1y 31.6% respectivamente (Cuadro 2).

El alcohol se reporto como droga de impacto en el 18.1% de los pacientes (3,438), al igual que para las anteriores drogas, la mayoría son hombres (79.5%); el grupo de edad más afectado es de 15 a19 años (24.9%) seguido por el de 35 años y más con el 22.9%; entre estos pacientes el nivel escolar de secundaria alcanzó el 39.9%; de acuerdo al estado civil más de la mitad (54.9%) declararon ser solteros y 26.9% casados; el 55% pertenece al nivel socioeconómico medio bajo (Cuadro 1). El patrón de consumo de los dependientes al alcohol varía respecto a las anteriores drogas pues para esta droga la mayoría manifestó consumirlo una vez por semana (38.8%) y sólo el 25.0% lo hacen a diario; el 44.2% iniciaron el consumo de drogas entre los 10 a 14 y 15 a 19 años y la droga de inicio fue el alcohol con el 61.9% y con el tabaco el 30.6% (Cuadro 2).

Respecto a los pacientes que buscaron ayuda especializada en Centros de Tratamiento No Gubernamentales, la droga de mayor impacto fue la heroína con un 21.1% (8,219 pacientes), al entrevistarlos ellos manifestaron que este tipo de droga es con la que tienen mayores problemas por lo que acudieron a solicitar tratamiento. La segunda droga de impacto fue la cocaína (basuco y crack) alcanzando el 19.0% de los registros y el alcohol se ubicó como la tercer droga con el18.2%, seguida por el cristal con el 17.2% (Cuadro 3).

Las características socio demográficas de los 8,219 pacientes con problemas de adicción a la heroína muestran que el 95.0% son hombres, la edad de la mayoría fue de 35 años y más (37.4%); El nivel de escolaridad es primaria y secundaria con el 41.4 y 38.8% respectivamente, prácticamente la mitad de heroinómanos manifestaron ser solteros (49.6%) y las ocupaciones más frecuentes entre ellos son los desempleados (30.1%) y los que realizan trabajos ocasionales (25.1%) y el 74.1% acudieron a tratamiento en forma voluntaria (Cuadro 3). El patrón de consumo de los adictos a heroína se caracteriza porque el 96.6% la consumen a diario, la mitad de los usuarios de heroína comenzaron el consumo de drogas entre los 10 y 14 años (51.4%), la droga de inicio fue la marihuana con el 42.4%, seguida por el tabaco con el 17.4% y el alcohol con el 12.7% (Cuadro 4).

En los ONG's la cocaína fue la segunda droga de impacto más referida, para esta droga el 92.7% de los usuarios fueron hombres, los grupos de edad con mayores porcentajes fueron de 20 a 24 años (23.5%) y 25 a 29 años (21.0%), en estos pacientes el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria (38.7%), destacando que el 27.5% cuentan con nivel primaria, el 48.7% es soltero y 28.0% declaro estar casado; Para estos usuarios la ocupación con mayor frecuencia (30.5%) fue el trabajo fijo, seguido por los desempleados (26.3%), más de la mitad (57.9%) acudieron en forma voluntaria a tratamiento (Cuadro 3). El patrón de consumo identificado en los usuarios de cocaína es que el 67.9% la consume diario, la edad de inicio es entre 15 y 19 años con un 41.2%; las drogas con las que se iniciaron estos pacientes fueron en orden decreciente al alcohol (30.8%), la mariguana (25.7%), la cocaína (16.2%) y el tabaco (14.7%) (Cuadro 4).

El Alcohol se registró como droga de impacto en 7,110 ocasiones dentro de los Centros No Gubernamentales lo que lo ubica como la tercer droga de este tipo, para esta sustancia se registró el 92.7% de hombres y el rango de edad en el que se ubicó mas de la mitad de los usuarios fue entre 35 años y más con el 54.1%, para el 40.1% la primaria es el máximo nivel de escolaridad y son solteros el 40.7% de los pacientes; entre los usuarios de alcohol el trabajo fijo presentó el 30.4%, el y 26.5% trabajo ocasional, 22.2% de desempleados y 13.4% de desocupados; el 45.1% acudió a tratamiento en forma voluntaria destacando que el 43.9% lo hizo por amigos o familiares (Cuadro 3). Respecto al patrón de consumo aproximadamente tres cuartas partes (67.6%) lo consumen diariamente, el 44.6% inicia el consumo de drogas entre los 15 y 19 años, empezando con el consumo con alcohol (75.6%), tabaco (13.7%), y mariguana (6.4%) (Cuadro 4).

PATRÓN DE ABUSO POR TIPO DE DROGAS Y TENDENCIAS

MARIGUANA

De acuerdo a los Centros de Integración Juvenil (CIJ), los usuarios de mariguana como droga de inicio 2,656 durante el 2003 en su mayoría fueron hombres (892.2 %), 30.2 % tenían entre 15 a 19 años de edad, 46.1 por ciento tenían sólo el grado de escolaridad de secundaria, el 60.7 por ciento eran solteros y 50 por ciento provenían de un nivel socioeconómico medio bajo. La edad de inicio del 47.2 por ciento de los usuarios de mariguana ocurrió entre los 10 a 14 años de edad, y de ellos 65.1 por ciento reportaron usarla a diario. (Cuadro 5)

La marihuana fue la segunda opción como droga de inicio (12.5 por ciento), y como droga de impacto quedó en tercer lugar (16.7 por ciento) (Gráfica 1).

Con base en los informes de los CIJ de 2003, la historia natural de la marihuana entre estos pacientes, al entrar a tratamiento en promedio permanecía como monousuario el 10.3 por ciento, y 89.7 por ciento iniciaron el uso de una segunda droga, con alcohol el 29.2 por ciento y con tabaco el 20.6 por ciento. De los usuarios de múltiples drogas, 83.3 por ciento avanzó a una tercer droga, principalmente alcohol (23.6 por ciento), cocaína (19.0 por ciento), tabaco (18.1 por ciento), e inhalables (12.6 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 (95.9 por ciento); 23.9 por ciento tenían entre 35 y más años de edad. 40.7 por ciento contaban con escolaridad de secundaria y 56.4 por ciento eran solteros. La edad de inicio para el uso de marihuana entre estos pacientes fue entre los 10 a 14 años (48.7 por ciento) y 80.9 por ciento reportaron uso diario (Cuadro 6).

La marihuana fue la segunda droga de elección del 26.6 por ciento de las admisiones a tratamiento en el 2003; como droga de impacto se situó en el quinto lugar con el 9.7 por ciento (Gráfica 2).

La historia natural del consumo de marihuana en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales durante el 2003, mostró que 11.9 por ciento de los ingresos a tratamiento permanecían como monousuarios, mientras que el restante 88.1 por ciento había progresado a una segunda droga de las que en orden de importancia fueron: cocaína (25.3 por ciento) y alcohol (16.5 por ciento), de este grupo, 75.3 por ciento habían pasado al consumo de una tercera droga, en su mayoría cocaína (22.5 por ciento), heroína (21.4 por ciento) y cristal (12.7 por ciento) (Diagrama 1).

La información de los Consejos Tutelares de Menores, reportó que 34.4 por ciento de los 3,297 jóvenes arrestados durante 2003 usaban marihuana. La mayoría de ésta población fue masculina (94.8 por ciento), 34.1 por ciento tenían nivel de escolaridad de primaria incompleta y 40.2 por ciento estaban subempleados. 39.6 por ciento tenían tatuajes y 33.3 por ciento eran miembros de una pandilla; 33.2 por ciento de las infracciones fueron cometidas bajo intoxicación y 51.2 por ciento de ellas fueron robos (Cuadro 7).

La información del Servicio Médico Forenses (SEMEFO) indicó que 3.3 por ciento de las muertes notificadas estuvieron asociadas con marihuana; el grupo prevaleciente fue el de hombres (94.5 por ciento), 25.5 por ciento tenían entre 30 y 34 años de edad. La causa principal de muerte en éstos casos fue por asfixia (27.3 por ciento), las muertes asociadas con armas de fuego quedaron en segundo lugar (16.4 por ciento); los lugares en donde ocurrieron con más frecuencia fueron en la calle (59.3 por ciento) o en la casa (27.8 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 (5.2 por ciento), asociándose principalmente a contusiones (29.7 por ciento) (Cuadro 9). Por otro lado, quedó en el quinto sitio con 182 personas (3 por ciento) cuando se trató del consumo en los últimos treinta días entre aquellos pacientes que solicitaron atención en éste caso la más frecuentes fue por otras patologías (Cuadro 10).

INHALABLES

Los usuarios que utilizaron inhalables como droga de inicio atendidos en los Centros de Integración Juvenil fueron hombres en su mayoría (86.3 por ciento), entre 15 y 19 años (37.3 por ciento). Casi todos los pacientes tenían educación secundaria (54.3 por ciento), 73.4 por ciento estaban solteros y 54.2 por ciento pertenecían a un nivel socioeconómico medio bajo. Una gran mayoría inició el uso de los inhalables entre los 10 y 14 años de edad (63.9 por ciento); 42.9 por ciento los usaba a diario y 38.5 por ciento los usaban una vez por semana (Cuadro 5).

Durante el 2003 en los Centros de Tratamiento Gubernamentales los inhalables se situaron como la cuarta droga de inicio con el 7.3 por ciento y en el cuarto entre las drogas de impacto (9.8 por ciento) (Gráfica 1).

Los datos de los Centros de Tratamiento Gubernamentales sobre la historia natural del uso de inhalables mostraron que 20.5 por ciento eran monousuarios cuando entraron a tratamiento y 79.5 por ciento utilizaban una segunda droga, en su mayoría marihuana (28.9 por ciento), alcohol (24.8 por ciento) y tabaco (21.8 por ciento). De los usuarios múltiples de drogas, 83.2 por ciento usaban una tercera droga, en orden de frecuencia alcohol (26.0 por ciento), marihuana (21.5 por ciento), tabaco (21.1 por ciento), (Diagrama 2).

De los Centros No Gubernamentales (ONG's) se informó que de los 5,599 pacientes que usaban inhalables como droga de inicio, la mayoría eran hombres (93.5 por ciento), 31.3 por ciento tenían entre 15 y 19 años de edad. El 61.6 por ciento contaban con educación primaria y 70.9 por ciento eran solteros. Más de la mitad (54.0 por ciento) de los usuarios de inhalables habían iniciado su consumo entre los 10 y 14 años de edad, y 81.4 por ciento reportaron usarlos diariamente (Cuadro 6).

Como droga de inicio los inhalables se situaron en el tercer lugar (14.4 por ciento) y en el cuarto (11.2 por ciento) entre las drogas de impacto de los pacientes de los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's) (Gráfica 3).

Dentro de la historia natural de los usuarios de inhalables 50.1 por ciento habían progresado a una segunda droga, de las que en orden de importancia, fueron: la marihuana (53.8 por ciento), el alcohol (14.8 por ciento), y la cocaína (7.4 por ciento). De ellos 73.2 por ciento pasaron a una tercera droga, usualmente cocaína (23.8 por ciento), marihuana (13.3 por ciento), tranquilizantes (12.9 por ciento) y alcohol (12.9 por ciento) (Diagrama 2).

De acuerdo a la información del Consejo Tutelar para Menores Infractores, 14.6 por ciento de estos jóvenes usaban inhalables. La mayoría de ellos del sexo masculino (93.1 por ciento), tenían educación primaria incompleta (44.2 por ciento) y estaban subempleados (43.3 por ciento) 41.8 por ciento tenían tatuajes y 44.1 por ciento pertenecían a una pandilla o banda; 38.3 por ciento cometieron la infracción mientras estaban intoxicados y el robo fue el más común de los actos (52.5 por ciento) (Cuadro 7).

En la información recolectada durante las dos semanas típicas de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, 10 pacientes (1.9 por ciento) ingresaron bajo el efecto de inhalables, por contusiones (40 por ciento) (Cuadro 9). Asimismo, 61 pacientes (1.0 por ciento) refirieron haber usado inhalables durante los últimos 30 días y de ellos 32.8 por ciento ingresaron a otras patologías (Cuadro 10).

ALCOHOL

Durante el año 2003 los Centros de Integración Juvenil, informaron de 21,387 pacientes atendidos de los que 6,999 fueron por alcohol como droga de inicio, de ellos 84.4 por ciento fueron hombres, 25.4 por ciento tenían entre 15 a 19 años de edad, y 20.2 por ciento entre 20 a 24 años, el nivel de escolaridad de secundaria (42.6 por ciento), 55.3 por ciento eran solteros, y

también más de la mitad (54.2 por ciento) pertenecían a un nivel socioeconómico medio bajo. Casi la mitad (48.2 por ciento) iniciaron el uso del alcohol entre la edad de 15 a 19 años; 51.5 por ciento reportaron uso semanal y 27.1 por ciento reportaron una frecuencia de uso entre 1 a 3 veces por mes (Cuadro 5).

El alcohol fue la primera droga reportada como de inicio (32.9 por ciento), y ocupó el segundo sitio (18.1 por ciento) como droga de impacto en los CIJ (Gráfica 1).

Cuando el alcohol fue la droga de inicio el 89.9 por ciento progresaron a una segunda droga, generalmente el tabaco (54.8 por ciento), seguido por la marihuana (18.3 por ciento), y la cocaína (15.1 por ciento). Del grupo de usuarios de múltiples drogas, 74.0 por ciento mencionaron usar una tercera droga, usualmente la marihuana (34.2 por ciento), la cocaína (27.8 por ciento), y los inhalables (10.1 por ciento) (Diagrama 3).

Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG's) informaron que la mayoría de los 11,349 pacientes que iniciaron con alcohol durante el período analizado fueron hombres (92.1 por ciento), 41.1 por ciento eran de 35 años de edad o mayores, 33.3 por ciento contaban sólo con educación primaria; 43.2 por ciento eran solteros y la mayor parte de ellos (45.6 por ciento) inició el consumo de alcohol a edades entre los 15 y los 19 años; 47.4 por ciento reportaron uso diario y 39.4 por ciento una vez a la semana (Cuadro 6).

El alcohol quedó en primer orden como la droga de inicio (29.1 por ciento) y en el tercero como la droga de impacto (18.2 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 2003 muestra que 26.4 por ciento era usuario únicamente de alcohol, mientras que los restantes 73.6 por ciento habían progresado a una segunda droga generalmente la marihuana (36.4 por ciento), la cocaína (22.2 por ciento) y el tabaco (16.8 por ciento). El 65.2 por ciento pasó a una tercera droga, usualmente la cocaína (33.5 por ciento), la marihuana (18.3 por ciento), y el cristal (11.8 por ciento) (Diagrama 3).

Entre los menores infractores, 13.5 por ciento de ellos reportaron abuso de alcohol. La mayoría de ellos eran hombres (91.7 por ciento), y 26.5 por ciento tenían educación primaria incompleta, el 33.7 por ciento eran subempleados, 30.1 por ciento tenían tatuajes, y 26.1 por ciento eran miembros de una banda. Más de la tercera parte de éstos jóvenes (36.5 por ciento) cometieron la infracción mientras estaban intoxicados, y el robo fue la más común de ellas (45.0 por ciento) (Cuadro 7).

De acuerdo al Servicio Médico Forense las muertes se asociaron al consumo de drogas específicamente al abuso de alcohol en 85.0 por ciento, la gran mayoría eran hombres (95.1 por ciento), y 41.0 por ciento eran de 40 años de edad o más. Se presentaron muertes por asfixia (20.1 por ciento), y por accidente de tráfico (14.1 por ciento); el sitio más frecuente en donde ocurrió la defunción fue la calle (37.2 por ciento) o la casas (33.6 por ciento) (Cuadro 8).

En la información de los Servicios de Urgencia Hospitalaria se encontró que el alcohol ocupó el primer lugar con 223 casos (43.0 por ciento) en los sujetos que estaban bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, asociándose principalmente a caídas (25.9 por ciento respectivamente), contusiones (25.1 por ciento), accidente automovilístico y arma blanca (15.2 por ciento) (Cuadro 9); por otro lado 2,748 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 osteo-muscular (7.8 por ciento) y cirrosis o gastritis (7.3 por ciento) (Cuadro 10).

COCAÍNA

Los Centros de Integración Juvenil, informaron que los usuarios de cocaína como droga de inicio durante 2003 fueron en su mayoría hombres (85.2 por ciento), el 30.9 por ciento estaban entre las edades de 15 a 19 años, 48.5 por ciento tenían educación secundaria, 56.6 por ciento eran solteros, y 22.8 por ciento estaban casados. Más de la mitad (52 por ciento) pertenecían a un nivel socioeconómico medio bajo, 45.9 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 (42.5 por ciento) seguidos por aquellos que la usaban a diario (39.9 por ciento) (Cuadro 5).

Entre los pacientes de los CIJ la cocaína se ubicó en el cuarto lugar entre las drogas de inicio (5.3 por ciento) y en el primero como la droga que les llevó a demandar tratamiento (29.8 por ciento) (Gráfica 1).

La historia natural de la cocaína muestra que 32.6 por ciento permanecía como monousuarios cuando entraron a tratamiento, mientras que el resto estaban usando una segunda droga, generalmente el alcohol (33.5 por ciento), la marihuana (24.2 por ciento) y el tabaco (17.7 por ciento). De los usuarios de múltiples drogas, 68.2 por ciento habían iniciado el uso de una tercera droga alternándola o combinándola principalmente con tabaco (29.9 por ciento), alcohol (25.7 por ciento) y marihuana (16.4 por ciento) (Diagrama 4).

De los usuarios que utilizaron cocaína como primer droga y que fueron atendidos en los Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 88.7 por ciento eran hombres, 23.5 por ciento estaban entre los 20 a 24 años de edad; 37.5 por ciento tenían un nivel de escolaridad de secundaria y 50 por ciento estaban solteros, 41.9 por ciento iniciaron el uso de la cocaína entre los 15 y los 19 años de edad; 60.4 por ciento reportaron uso diario, y 30.4 por ciento mencionaron uso semanal (Cuadro 6).

Como droga de inicio la cocaína ocupó el cuarto sitio en 5.0 por ciento de los casos y el segundo como droga de impacto (19.1 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 2003 mostró que 35.3 por ciento permanecían como monousuarios, pasando a una segunda droga el 64.7 por ciento generalmente la marihuana (24.3 por ciento), alcohol (18.0 por ciento), cristal (17.2 por ciento) y la heroína (12.8 por ciento). De los usuarios de múltiples drogas, 45.3 por ciento pasaron a consumir una tercera droga, principalmente el cristal (18.2 por ciento), marihuana (17.3 por ciento), y el alcohol (15.9 por ciento) (Diagrama 4).

El Consejo Tutelar de Menores informó el uso de cocaína entre el 18.6 por ciento de éstos jóvenes. Ellos en su mayoría pertenecían al sexo masculino (93.3 por ciento), más de la mitad tenían primaria incompleta (35.0 por ciento) y su ocupación era de subempleados (41.5 por ciento). 36.5 por ciento tenían tatuajes, sólo 32.5 por ciento eran miembros de una banda. Una tercera parte de los menores infractores (32.0 por ciento) cometieron el acto bajo intoxicación, el robo fue la más frecuente de las infracciones (53.4 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 segundo lugar con 22 personas (4.2 por ciento), asociándose en orden de frecuencia con caídas (31.9 por ciento) y contusiones (18.2 por ciento) (Cuadro 9). Asimismo, 158 pacientes (2.6 por ciento) refirieron haberla consumido en los últimos treinta días, quedando en el séptimo lugar, asociándose principalmente a las siguientes patologías: psicosis alcohólica (18.4 por ciento) y/o cirrosis y gastritis con 11.4 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 2003, fueron hombres en su mayoría (84.8 por ciento), el 27.3 por ciento su edad estaba entre los 35 y más años, 54.5 por ciento contaban con educación secundaria, 60.6 por ciento estaban solteros y unión libre el 15.2 por ciento, 53.3 por ciento pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y el 43.3 de un nivel socioeconómico medio-bajo. La edad de inicio para el 41.9 por ciento de los usuarios de heroína ocurrió entre los 15 y los 19 años de edad y de ellos, 92.0 por ciento reportaron uso diario (Cuadro 5).

De los 33 pacientes atendidos en los CIJ durante 2003 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 (2.4 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 (92.5 por ciento); 42.9 por ciento tenían 35 o más años de edad. 39.2 por ciento de éstos pacientes habían cursado sólo la educación primaria y 49.5 por ciento estaban solteros. La edad del primer uso de heroína entre éstos pacientes fue entre los 15 y los 19 años de edad (35.8 por ciento) y 92.7 por ciento reportaron usarla diariamente (Cuadro 6).

La heroína como droga de inicio registro el 2.4%, y como la droga de impacto de los pacientes la heroína ha sido la primera causa de demanda de tratamiento en centros No Gubernamentales (21.1 por ciento) (Gráfica 2).

La información de los Consejos Tutelares de Menores reportó que el 0.8 por ciento de los menores infractores detenidos durante el 2003 usaron heroína. La mayoría de ésta población pertenecía al sexo masculino (94.9 por ciento), 43.6 por ciento tenían primaria incompleta, y el 45.0 por ciento ninguna ocupación; 58.1 por ciento tenían tatuajes y eran miembros de alguna banda, el 37.2%, 50.0 por ciento de las infracciones fueron cometidas bajo intoxicación y el robo fue el delito más común (57.7 por ciento) (Cuadro 7).

Las semanas típicas en los Servicios de Urgencia Hospitalaria mostraron que 3 pacientes (0.5 por ciento) que ingresaron por lesiones por causa externa se encontraban bajo el efecto de la heroína, caída 66.7%, contusiones 33.3% (Cuadro 9) y entre aquellos que ingresaron por alguna otra patología 46 sujetos (0.7 por ciento) mencionaron consumo de heroína en los

últimos 30 días, situándose en el décimo lugar, asociándose principalmente a psicosis alcohólica (21.7 por ciento), SIDA (15.2 por ciento), y cirrosis 6.5 por ciento (Cuadro 10).

TABACO

De la información proporcionada por los Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) en el año 2003, el tabaco como droga de inicio fue el primer lugar entre las drogas que motivaron la demanda de atención con 8,403 sujetos (39.2 por ciento), aunque en su mayoría fueron hombres (80.8 por ciento) el sexo femenino abarcó un alto porcentaje (19.2 por ciento), 29.1 por ciento tenían entre 15 y 19 años de edad, 42.6 por ciento mencionaron estudios de nivel secundaria, 56.9 por ciento eran solteros y 55.2 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 (55.0 por ciento); el 80.2 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 6,733 personas (17.2 por ciento), de los que 92.3 por ciento fueron hombres, 26.2 por ciento tenían 35 años o más de edad, el 52.3 por ciento eran solteros, 51 por ciento refirieron que de 10 a 14 años de edad iniciaron el consumo de drogas y el 90.6 por ciento lo consumían a diario (Cuadro 6).

El Consejo Tutelar de Menores informó el uso de tabaco entre el 14.9% por ciento de éstos jóvenes. Ellos en su mayoría pertenecían al sexo masculino (92.4 por ciento), el 29.2% tenían primaria incompleta y su ocupación era de subempleados (36.7 por ciento). El 32.9 por ciento tenían tatuajes, sólo el 26.9 por ciento eran miembros de una banda. El 28.6% de los menores infractores fumaban al momento del delito y el robo fue la más frecuente de las infracciones (50.6 por ciento) (Cuadro 7).

De acuerdo a la información de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, entre los 518 pacientes que ingresaron por lesiones por causa externa bajo el efecto de alguna droga, 8 de ellos mencionaron al tabaco (1.5 por ciento) (Cuadro 9), sin embargo, de los 5,922 pacientes que ingresaron y que mencionaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días, 2,307 (3.8 por ciento) utilizaron el tabaco, asociándose principalmente con afecciones de hipertensión, osteo-musculares y cirrosis (Cuadro 10).

RESULTADOS GLOBALES Y POR REGIONES

Basándose en la información proporcionada por los Organismos no Gubernamentales (ONG's) en 53 ciudades, y los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 70 ciudades, en el periodo de enero - diciembre del 2003, se observa que en las ONG's la droga de inicio que refieren los pacientes es el alcohol en un 29.1%, la marihuana con el 26.6% y el tabaco con el 17.3% (Gráfica 3).

Entre las drogas de impacto que refieren los pacientes en las ONG's, la heroína ocupa el primer lugar alcanzando el 21.1%, el alcohol el 18.2%, el cristal 17.2% y la cocaína 13.2%, (Gráfica 4).

Referente a la vía de administración de las drogas de impacto, para el grupo antes señalado, se observa que la principal es fumada reportándose en un 29.0%, la vía inhalada alcanzó el 27.1%, oral el 21.6%, intravenosa 21.3% y la vía intramuscular sólo alcanzó el 0.3% (gráfica 5).

Los pacientes que acuden al Centro de Integración Juvenil se observa que la drogas de inicio preferidas son el tabaco con el 39.5%, el alcohol con el 32.9% y la marihuana con el 12.5% (gráfica 6). La droga que tiene impacto en estos pacientes, es la cocaína con el 21.3%, seguida del alcohol con el 18.1% y la marihuana con el 16.7% (gráfica 7).

La droga de impacto según vía de uso en este mismo grupo de población, se observa que fumada se reportó en un 39.7%, el consumo inhalado fue del 26.9%, y el 19.1% oral, mientras que la vía intravenosa se reporta con 2.3% y 0.1% vía intramuscular (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 22 ciudades de las que se refiere como droga de inicio la marihuana en Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Matamoros, Culiacán, Ciudad. Juárez, Piedras Negras, Mexicali y Ensenada, con porcentajes entre el 39.3% y el 65.9%. Las que refieren como droga de inicio el alcohol fueron Tampico, Agua Prieta, Mazatlán, Monterrey, Durango, Chihuahua, los Cabos y La Paz, siendo mayor en Durango con el 61.9%, y menor en La Paz con el 34.7%, por último como droga de inicio se tiene al Tabaco en Nogales, Hermosillo y Tijuana siendo mas frecuente en esta última con 41% (gráfica 9).

La droga de impacto para esta misma población, como primer elección está la Cocaína en las siguientes ciudades; Nogales, Chihuahua, Ciudad Victoria, Piedras Negras, Agua Prieta, Mazatlán, Monterrey, Tepic, San Pedro y Reynosa alcanzando en ésta última el mayor porcentaje (71.2%). El cristal se reportó en Hermosillo, Culiacán, La Paz, Tijuana y Ensenada con el mayor reporte (50.7%). La heroína como droga de impacto, se tiene en Cd. Juárez con el 51.3%. El alcohol se observa como primera elección en los Cabos registró el mayor porcentaje (43.0%). Por último se tiene la marihuana, presentándose solo en Matamoros con el 47.1 (gráfica 9).

El Centro de Integración Juvenil en la zona norte, abarca 17 ciudades, de los que refieren como droga de inicio al tabaco en la mayoría de ciudades (14), seguida por el alcohol en tres. Para el tabaco los porcentajes variaron de un 34.3% en Los Mochis a un 59.2% en Hermosillo. Para el alcohol la mayor proporción se presentó en las ciudades de Guasave (34.2%) y Culiacán (34.1%) (Gráfica 10).

Para la población de CIJ, las drogas de impacto que se han identificado son; Cristal en Durango (31%), Guasave (18.8) Culiacán (29.5%) Tijuana (61.2%) y Mexicali (54.4%); la marihuana en Hermosillo, los Mochis, La Paz, Saltillo y Apodaca, donde se registró el mayor porcentaje (39.5). La cocaína se identifica en Tampico, Monterrey, Chihuahua y Torreón, con porcentajes entre 24.5 y el 43.9%. Referente a los inhalables, se observa en Cd. Victoria con el 33.7% y San Luis Potosí con el 24.9%, sólo en Ciudad Juárez se identifica a la heroína con un 33.3% (gráfica 10).

En la zona centro, las ONG's participan en 19 ciudades en las que en su mayoría refieren como droga de inicio el alcohol, Tlaxcala, San Luis Potosí, Cuernavaca, Morelia, Zacatecas, Querétaro, Toluca, Guadalajara, Guanajuato, Salamanca, Celaya, Ciudad Allende, Acámbaro y Colima en las que el mayor porcentaje fue en Cd. Allende con el 81.2%. Respecto al tabaco se presento en Pachuca con un 43.5%, Irapuato 44.8% y Aguascalientes (37.7%). Los inhalables como droga de inicio se reportó en San Francisco del Rincón y en León con el 94.7% y 66.7% respectivamente (gráfica 11).

Las drogas de impacto para esta misma población se tiene la cocaína en Querétaro, Cuernavaca, Toluca, Guadalajara, Irapuato, Guanajuato, Cd. Allende, Acámbaro, Morelia, Pachuca y Salamanca, reportando Acámbaro y Querétaro el mayor porcentaje (63.2%). El alcohol se presento en Zacatecas, Tlaxcala, San Luis Potosí, Toluca y Celaya, siendo Tlaxcala

la de mayor porcentaje (81.7%). Los inhalables sólo se reportó en San Francisco del Rincón (93.1%) y León (64.3). Por último la marihuana se presenta en Aguascalientes con un 33.9% (gráfica 11).

En los CIJ de la zona centro se incluye 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 Puebla, Querétaro, Tepic, Zamora, Estado de México, Guadalajara, Pachuca, Aguascalientes, León, Celaya, Distrito Federal y Salamanca, en esta última se registró el mayor porcentaje (56.6%) (Gráfica 12). El alcohol como droga de inicio se observa en Zacatecas, Tehuacán, Cuernavaca, Manzanillo, Colima y Puerto Vallarta, siendo esta última la que registró el mayor porcentaje con el 53.5% (gráfica 12).

Las drogas de impacto en ésta zona fueron la cocaína en 12 de las 18 ciudades registrándose en Guadalajara el mayor porcentaje con 53.2%. El alcohol se observó 4 ciudades siendo en Colima con un 30.6% el más registrado. La marihuana se presento en Zacatecas (24.3%) y Tepic (42.9%) (gráfica 12).

Las ONG's de la zona sur comprenden 12 ciudades, y refieren el alcohol como droga de inicio en 9 de ellas, alcanzando el mayor porcentaje en Jalapa con el 85%. La marihuana como droga de inicio se registró en 3 ciudades siendo Mérida la ciudad con más reportes (50.2%). 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 Tuxtla Gutiérrez con el 75%. La cocaína es referida en tres ciudades, siendo el mayor porcentaje Mérida en un 68.7% (gráfica 13).

Los CIJ de la zona sur abarcan 8 ciudades, en las que en 4 se tiene el alcohol como droga de inicio, con una mayor proporción en Oaxaca con el 50%. El tabaco se tiene en 4 ciudades siendo la mayor en Poza Rica con el 50%. Las drogas de impacto que se identifican en este mismo grupo, la cocaína se presenta en seis ciudades, siendo Acapulco la de mayor porcentaje con 46.6%. El alcohol se refiere en tres ciudades siendo Cozumel el de mayor porcentaje con el 55.8% y la marihuana se presenta en Tuxtla Gutiérrez con el 30.7% (gráfica 14).

CONCLUSIONES

Durante el año 2003 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.
- 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 2003 la información que se recabo, corresponde en su mayoría a ciudades ubicadas al norte de la república.

De acuerdo con los resultados obtenidos durante el año 2003, se observó que el tipo de droga notificada varía en cada una de las fuentes de información, encontrándose que:

- En los Centros de Tratamiento Gubernamentales (CIJ) la información 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 siendo adultos jóvenes 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 19.0 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 madurez 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)