

00821
10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO: UNA
APROXIMACIÓN A SUS COSTOS SOCIALES
ESTUDIO DE CASO EN CENTROS DE INTEGRACIÓN
JUVENIL, A.C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E N S A Y O
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMÍA
P R E S E N T A :
ADRIAN BADILLO MARTINEZ

ASESOR: MTR. JAVIER MERAZ MARTINEZ

COYOACAN, CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO DE 2003



9



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

PAGINACION DISCONTINUA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcionado.
NOMBRE: Adrián Badillo
FECHA: 23/04/03
FIRMA: [Firma]

A Doña Godeleva Martínez

Ayestarán y Don Valentín Badillo Acuña, mis Padres:

Doña Gode, quién sin sus cuidados y motivaciones, tal vez nunca hubiera cursado esta carrera; mi Madre que espero se sienta igual de orgullosa que yo; a la que le reconozco mas de lo que soy, pues desde la vida le debo y mucho más. A mi Padre, Don Vale, que yo sé que en el cielo está, desde donde se siente muy satisfecho con este nuevo logro.

A Gabriela Villegas Ramírez,

Adriana y Adrián Badillo Villegas, mi Esposa y mis Hijos:

Gabriela que sin decírmelo siempre apoyo este proyecto y calladamente me impulsó. A mis Adrianes, mis queridos hijos, los que siempre están presentes en todos mis proyectos, con lo que espero dejarles en claro que si en la conclusión de este proyecto me tarde años, siempre en la vida debemos acabar lo que iniciamos, no importando el esfuerzo o sacrificio que esto represente, y más sin por eso nos sentimos llenos de orgullo. Nunca se les olvide que los amo

A Rosa (q.e.p.d), Valentín, Arturo,

Norberto, Isabel, Patricia y Rosa Gode, mis Hermanos.

Con todo mi respeto y cariño, de quienes he aprendido tantas cosas iguales de importantes a las que me enseñó la escuela. Gracias por su experiencia. A Rosita y Don Beto, quienes siempre han creído en mí, los que nunca han dejado de impulsarme y exigirme hasta llevar a buen fin este proyecto, del que espero lo compartan y se sientan igual de orgullosos que yo.

A todos mis Maestros, quienes han influido en toda mi formación de los que siempre guardo recuerdos gratos, que sólo con honrosas excepciones son recuerdos ingratos, pero siempre de todos he aprendido mucho.

A todos mis compañeros y amigos, que de alguna forma contribuyeron a concretar este esfuerzo. A Armando Rodríguez, por su empuje y ejemplo en esta recta final.

A mi gloriosa y respetada Facultad de Economía y a la honrosa y doblemente gloriosa Universidad Nacional Autónoma de México, la mejor del mundo.

b

| | <i>Página</i> |
|---|---------------|
| PRESENTACION | <i>i</i> |
| INTRODUCCION | <i>ii</i> |
| ENCUADRE TEÓRICO | <i>v</i> |
| 1. QUE ES CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C. | <i>1</i> |
| 2. MAGNITUD DEL PROBLEMA | <i>3</i> |
| 2.1 La farmacodependencia: un problema globalizado | <i>3</i> |
| 2.2 El contexto de la enfermedad desde el panorama epidemiológico en México. | <i>8</i> |
| 3. APROXIMACIÓN A SUS COSTOS | <i>16</i> |
| 3.1 Principales hallazgos | <i>25</i> |
| 3.2 Observaciones Finales | <i>29</i> |
| 4.- BIBLIOGRAFIA | <i>31</i> |
| ANEXO | <i>32</i> |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

PRESENTACION

El consumo de sustancias ilícitas representa un grave problema de salud pública en México y en el mundo. Si bien en nuestro país no ha alcanzado magnitudes alarmantes por el número de usuarios y tipos de droga que se consumen, la información de que se dispone es muy limitada para llevar a cabo estudios desde las diversas disciplinas del conocimiento.

En este ensayo abordaremos este fenómeno desde la vertiente de la demanda, es decir desde el consumo, por lo que es necesario conocer la forma y dimensión del fenómeno y como México se ubica en el contexto internacional. De igual forma, a partir de información desde el campo de la salud, se realizarán algunas consideraciones que permitan aproximarnos a una parte de su costo social, partiendo de información de pacientes que acuden para su atención a Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ)

Hay que destacar que en México se han desarrollado estudios del costo social y económico de la adicción a alcohol y tabaco, ambas drogas legales que tienen alto consumo en país. En contraste, el estudio del consumo de drogas ilegales es poco ó nulo, en gran parte esto se debe, no a falta de interés o por que sea poco relevante, sino que la información estadística en instituciones de salud pública y de seguridad social es nula, ya que el reconocimiento de la adicción a sustancias ilegales en la mayoría de las veces significa negación del servicio, la estigmatización del enfermo y no en pocos casos la pérdida del empleo.

Lo anterior se ha significado en un obstáculo insalvable. Solo será salvable cuando se reconozca que los consumidores, abusadores y adictos son personas que cursan una enfermedad, y que su atención debe ser desde el campo de la salud; no como ocurre en la mayoría de los casos, que en lugar de contar con alternativas de atención médica, enfrentan procesos judiciales que ponen en riesgo su libertad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

El uso de sustancias psicoactivas no es exclusivo de algún país o de nuestra época. Desde tiempos remotos el ser humano ha hecho uso de una o varias drogas con fines religiosos, médicos o ceremoniales.

De acuerdo con la Historia General de las Drogas, las referencias más antiguas datan del año 6,000 a.C., y corresponden al opio, que tiene un gran potencial adictivo. En la Odisea de Homero, en la rapsodia IV describe sus potentes efectos narcóticos con estas frases: "Quien tome el Nepentes diluido en vino, no derramará ni una lágrima a lo largo del día, aunque vea que sus padres mueren, o incluso al ver que un hijo es asesinado ante los propios ojos".

La marihuana se conoce desde el año 3000 a.C., era utilizada para tratar la "debilidad femenina", que correspondería a lo que conocemos actualmente como esterilidad. El hachis, resina obtenida de la marihuana, era consumida por bandas de asaltantes que atacaban caravanas en el desierto, quienes cometían grandes atrocidades bajo su influjo.

El pueblo Inca utilizaba la coca 2000 años a.C. otorgándole un carácter sagrado. De acuerdo a sus mitos, fue una dádiva ofrecida por "el Dios Sol" a su hijo Manco Capac para aliviar el sufrimiento humano e infundir vigor a la nueva sociedad.

Sabemos que en México, desde tiempos precolombinos, como parte de los ritos ceremoniales, se hacía uso de hongos alucinantes, a los que se les denominaba teonanácatl; sus efectos tóxicos fueron descritos por Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia General de las Cosas de la Nueva España".

Los indígenas mexicanos también hacían uso de una semilla llamada olloliquí, que de acuerdo a las crónicas "emborracha y enloquece"; también se describen... "unas tunas de tierra conocidas como Péyotl, que son blancas,...quienes las comen o beben experimentan visiones espantosas...", Historia General de las Cosas de la Nueva España.

Durante la segunda mitad del siglo XX, se propagó la búsqueda de nuevas sensaciones en el contexto de una filosofía que destacaba el "autoconocimiento", "realización personal", "amor y paz" y otros mitos que caracterizaron todo un movimiento social denominado "psicodélico". Un componente importante de esa época fue el uso de sustancias de origen natural y sintético con efectos alucinantes; en este contexto surge el LSD y se "redescubren" los hongos, el peyote y la marihuana.

En las últimas tres décadas, el abuso y el uso indebido de sustancias psicoactivas se ha extendido a diversos y amplios sectores de la población mundial, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Afecta particularmente a

los jóvenes, en edades cada vez más tempranas; repercute en serios daños en la salud, calidad de vida y ámbitos escolar y laboral asociándose con accidentes, actos delictivos y violencia.

Ante la percepción de estas serias consecuencias, la sociedad y las naciones a lo largo de la historia han desarrollado diferentes estrategias para disminuir la oferta, abatir la demanda y reducir el daño.

La acelerada transición demográfica por la que atraviesa nuestro país y el consecuente cambio en el perfil epidemiológico, se asocian con una serie de problemas emergentes que tendrán un peso económico mayor y en consecuencia de la propia carga de la enfermedad. Problemas como el tabaquismo, el alcoholismo, la farmacodependencia, se ubican como uno de esos retos en el campo de la salud pública y consecuentemente del económico para su atención.

No obstante que el consumo de sustancias viene con el mismo desarrollo de la humanidad, poco se conoce sobre el costo social de la enfermedad, como son conductas antisociales; los incrementos del gasto en drogas y de demanda de servicios de tratamiento; cesantía laboral y deserción escolar, entre otros aspectos.

Partiendo del reconocimiento de que el interés debe centrarse, no sólo en la estimación del costo económico de los programas, sino sobre todo en el beneficio cuantificable asociado a sus resultados, resulta ineludible determinar el valor económico y social de la rehabilitación de los usuarios de drogas, por lo que se requiere la identificación y desarrollo de indicadores y parámetros de medición claramente definidos.

Debemos precisar que la consideración exclusiva del *costo social*, desde un criterio de valor social podría limitar la evaluación a una dimensión cualitativa, restando la posibilidad de generar una estimación cuantitativa.

Por ello, conviene insistir en la necesidad de contar con indicadores y parámetros que permitan evaluar cuantitativamente el costo de la enfermedad y los posibles beneficios de la reducción o eliminación de riesgos y del volumen de servicios de tratamiento u hospitalización.

En este sentido, el presente estudio tiene por objeto avanzar con propósito exploratorio en la identificación de posibles indicadores, factibles de medición y cuantificación económica, que puedan ser aplicados para conocer los costos económico y social del consumo de drogas. Se inicia con un *Encuadre Teórico*, en que se establece el vínculo tan estrecho que existe entre economía y salud así como en que áreas debe de intervenir la economía en los problemas de salud. En

el primer apartado, se describe lo que es Centros de Integración Juvenil, A.C. así como las principales actividades que realiza.

El apartado 2, contiene un panorama mundial del consumo de sustancias y en forma específica el panorama epidemiológico de México, respecto a las adicciones. Por último, en el apartado 3 se presentan algunas consideraciones para conocer parte del costo social de la enfermedad en años de vida saludable y de aquellos costos asociados al consumo, como son conductas antisociales, gastos extraordinarios en salud y en drogas, y problemas asociados al desempeño laboral.

ENCUADRE TEÓRICO

Cuando se habla de enfermedad, poco o nada hace pensar que desde la ciencia económica se realicen análisis para conocer los costos sociales asociados de algunas enfermedades y padecimientos.

La atención e investigación de las adicciones, como una enfermedad, no solo se aborda desde la perspectiva del ciclo salud-enfermedad-salud, sino desde el campo de la salud pública. Este padecimiento, a diferencia de otros, casi siempre presenta secuelas y costos sociales asociados, los que en la mayoría de las veces pasan desapercibidos.

El costo de un trastorno de salud tiene componentes directos e indirectos. Entre los primeros se incluyen los recursos utilizados para prevenirlo o tratarlo (el costo del sistema de salud y de la respuesta social organizada), mientras que los costos indirectos comprenden la pérdida o reducción de la capacidad productiva y de la calidad de vida del afectado y de su familia.

El concepto de costo social señala y delimita el valor monetario del efecto de la enfermedad —accidentes, discapacidad, deterioro de calidad de vida, muerte prematura, etc. y traduce, desde la perspectiva del valor social, su impacto en la continuidad de la vida humana.

La farmacodependencia, por su dimensión, impacto y trascendencia está catalogada como un problema de salud pública, donde la ciencia económica debe aportar elementos para conocer y clarificar interrogantes referidas a:

- 1. ¿cuáles son los costos directos de atención al enfermo y los de las consecuencias sobre su salud?;*
- 2. ¿cuáles son los costos por conductas delictivas y antisociales asociados al consumo de drogas?;*
- 3. ¿cuáles son los costos de vida saludable por mortalidad prematura o discapacidad permanente?;*
- 4. ¿qué costo ocasiona la pérdida del empleo, la baja productividad en el trabajo, la deserción o el bajo desempeño escolar?*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Bajo esas interrogantes, y deben de existir muchas más, es innegable que existe un vínculo cada vez más profundo entre la economía y la salud. "La medición conjunta de los daños a la salud que no llegan a provocar la muerte, así como el tiempo perdido por mortalidad prematura, ha sido en los últimos años un tema de gran interés para la investigación", a lo que se puede agregar que la economía no ha sido ajena a ese interés.

¹ Frenk J, Lozano R, González-Block M.A et al. Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994

1. QUÉ ES CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), es una asociación civil constituida en 1969 y asimilada al Sector Salud como empresa de participación estatal mayoritaria, desde 1984 agrupada en el subsector de asistencia social de la Secretaría de Salud.

Es una institución especializada en la atención integral del problema de la farmacodependencia en el ámbito nacional. En la actualidad cuenta con 34 años de operación en México. Posee una infraestructura de servicio integrada por 80 unidades operativas: 72 ofrecen programas preventivos y de consulta externa, 3 unidades tratamiento residencial, 4 consulta externa y 1 clínica de Metadona. Todas las unidades se distribuyen en puntos estratégicos del territorio nacional.

Como institución especializada en la prevención, tratamiento e investigación del problema de la farmacodependencia, opera sus programas en localidades que registran condiciones de riesgo, con el fin de contener, disminuir y, eventualmente, erradicar su consumo.

La intervención preventiva está dirigida principalmente a niños y jóvenes, en concordancia de resultados de estudios como Encuesta Nacional de Adicciones y Tendencia del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil; donde se ha identificado que la edad de más alto riesgo en el inicio del consumo de drogas es entre quienes tienen de 10 a 18 años.

Esta tendencia desafortunadamente presenta una clara disminución en las edades de inicio, que conforme a datos preliminares de la Encuesta Nacional de Adicciones podría situarse entre 8 y 9 años el rango inferior.

Para sensibilizar y generar conciencia sobre la magnitud del problema y su multicausalidad, otorga a la población elementos de reflexión para generar cambios de actitud acordes al fomento de la salud y el desarrollo de conocimientos y habilidades, que le permita realizar acciones preventivas, detección temprana y canalización oportuna de casos de consumidores de drogas.

En las ciudades de Guadalajara, Monterrey y Tijuana ofrece tratamiento especializado en hospitalización para pacientes con grados más avanzados de dependencia o por que por el tipo de droga utilizada requieren ser hospitalizados.

Con la finalidad de identificar y evaluar los factores de riesgo y de protección del uso de drogas propios de la sociedad y la cultura mexicana, así como estudiar las variables intervectoras en su atención, desarrolla programas de investigación en cuatro líneas de trabajo: epidemiológica, clínica, psicosocial y de evaluación

cualitativa de servicios, la cual comprende la evaluación de resultados, impacto e imagen de calidad.

Estos programas tienen como principal objetivo generar indicadores sobre la situación actual y las tendencias que adquiere el uso de sustancias en nuestro país, así como identificar grupos y zonas de riesgo en el consumo de drogas.

Centros de Integración Juvenil, A.C. atiende anualmente en prevención primaria de 1 millón 700 mil personas en actividades cara a cara; en tratamiento 50,000 entre pacientes y familiares; y, con programas de sensibilización de participación comunitaria más de 750 mil personas. Es decir al año tiene una cobertura de 2.5 millones de personas.

En actividades preventivas cara a cara, se privilegia la atención de niños, adolescentes y jóvenes, mediante el desarrollo de programas en escuelas; también tiene un lugar importante la atención de padres maestros y en general de la comunidad escolar. Los servicios que se prestan en esta modalidad se refieren a información, orientación y capacitación

En cuanto a los pacientes atendidos en tratamiento durante el año 2001 la edad de ingreso promedio se situó en 22.9 años. La proporción de varones asistentes a tratamiento es considerablemente mayor que la de mujeres (88% contra 12%). La mayoría de los casos reportaron ser solteros (64%); cerca de la mitad de los casos refirió haber cursado o cursar algún grado de educación secundaria. El 19% refirió tener como única ocupación el estudio; 55% trabajaba y 24% carecía de ocupación.

Las principales sustancias registradas como drogas de inicio fueron, el alcohol (32%), marihuana (22%), tabaco (15%), solventes inhalables (13%) y cocaína (11%). La edad de inicio se situó en promedio en 15.2 años; la mayor parte de los casos (71%) acudieron a tratamiento dos años después de haber iniciado el consumo. 85% de los casos reportaron haber usado dos o más sustancias alguna vez en la vida y 61% son considerados funcionales.

Las sustancias que, según los pacientes han producido mayor daño a su salud o afectó seriamente las áreas familiar, legal o laboral fueron la cocaína, la marihuana y los inhalables.

2. MAGINUTUD DEL PROBLEMA

2.1 La farmacodependencia: un problema globalizado

Actualmente las adicciones representan un motivo de preocupación no solamente para los gobiernos, sino también para sectores de la sociedad sensibles ante este problema y en quienes repercuten sus efectos.

Los problemas por el abuso, son más frecuentes entre grupos con desventaja económica y social, incluyendo minorías étnicas, desempleados, niños de la calle, los que no tienen hogar, prisioneros, migrantes, trabajadores eventuales, pescadores y sexoservidores (as). El consumo de drogas también se ha diversificado en términos de la sustancia preferida, las características del usuario y la situación en la cual ocurre el consumo.

Aún existe dificultad de la población en general para comprender la etiología y las pectoras asociadas al uso de sustancias; por ello, entre otras connotaciones peyorativas, se ha percibido al consumidor como "vicioso", "delincuente", "paria", "falto de voluntad", "desviado social".

Hasta años recientes algunos grupos sociales han comenzado a reconocer al adicto como una persona que cursa con un padecimiento crónico, sujeto a recaídas; y por tanto, requiere y tiene el derecho de recibir una atención adecuada para controlar este padecimiento.

La tendencia mundial para reducir la demanda de drogas se fundamenta de manera prioritaria, en prevenir el consumo y atender sus consecuencias.

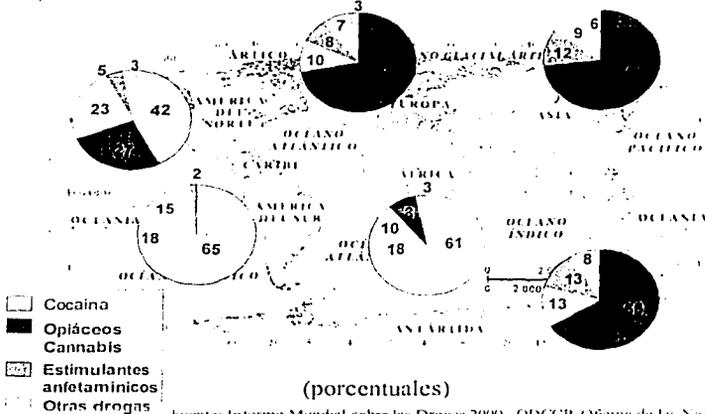
Desde un enfoque médico el abuso de drogas se considera como un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución.

Si bien el fenómeno de las adicciones es un problema de salud pública a nivel mundial, los índices de consumo, las formas, vías de administración, población afectada y la preferencia por determinadas sustancias varía de una región y de un país a otro.

De acuerdo a datos proporcionados por el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) para el decenio de 1990, 134 países y territorios habían notificado problemas por el uso indebido de drogas. Estima que a finales de los 90's, en el mundo 180 millones de personas consumían drogas ilícitas –lo que equivale al 3% de la población mundial o al 4.2% de los de 15 años o más-. Esta cifra incluye 144 millones de consumidores de marihuana, 29 millones de consumidores de estimulantes anfetaminicos, 14 millones de consumidores de cocaína y 13.5 millones de consumidores de opiáceos, de los cuales 9 millones eran heroínomanos.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONSUMO DE DROGAS EN EL MUNDO 1997



En términos regionales las drogas respecto a las cuales se requiere tratamiento son los opiáceos en Europa, Asia y Oceanía; la cocaína en América del Norte y del Sur; los estimulantes anfetamínicos en partes de Asia oriental y sudoriental; y la cannabis en África.

La información disponible muestra que en la mayoría de los países del este de Asia el uso de drogas sigue una tendencia creciente. La prevalencia del consumo de heroína y los serios efectos en la salud son preocupantes en la Región; también se presenta un rápido crecimiento del abuso de drogas sintéticas, particularmente estimulantes tipo anfetamina.

El opio continúa siendo una droga de abuso como ha sido por siglos, aunque el consumo en la población general parece haber disminuido, sigue siendo muy usado por minorías étnicas de las regiones altas de China, Laos, Myanmar, Tailandia y Vietnam. En las pasadas décadas, buena parte del opio utilizado ha sido reemplazado por la heroína; ahora hay serios problemas por el abuso de ésta en casi todos los países de la Región.

El uso de heroína por vía inyectada, ha sido un factor esencial para la extensión del VIH y del SIDA en muchos países de la región, como Tailandia. Esto no ha

ocurrido en Pakistán y Singapur porque principalmente inhalan el humo en una práctica llamada "perseguir al dragón".

El abuso de anfetaminas ha sido problemático en Filipinas y Tailandia, especialmente entre ciertos grupos ocupacionales que recurren a ellas para mantenerse despiertos -conductores de vehículos, pescadores, trabajadores de la construcción y obreros-. En Tailandia se ha incrementado el abuso por niños en edad escolar.

El uso de éxtasis ha incrementado en los últimos años en algunos países de la Región como Indonesia, Malasia y Singapur; también ha sido reportado en China, Filipinas y Tailandia. Su uso se propaga entre gente joven, particularmente entre quienes acuden a discotecas.

La cannabis es reportada en la mayoría de los países de la Región y es la principal droga de abuso en Camboya, Indonesia y Filipinas. Resultados de recientes encuestas en Tailandia y Laos han llamado la atención sobre la expansión del abuso de sustancias volátiles primeramente entre niños y puberes.

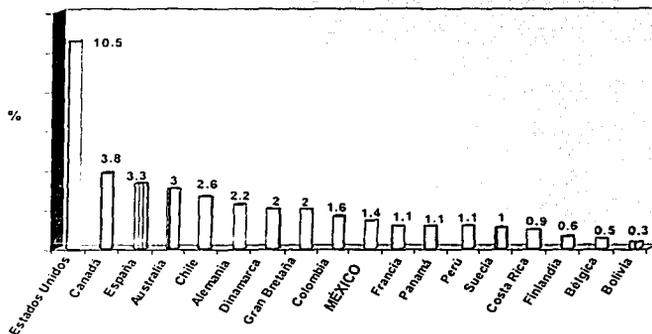
Se considera que el abuso de drogas en el continente Africano, va en incremento. La Cannabis y el khat son las drogas de abuso predominantes, aunque la heroína y, a más baja escala, la cocaína se están convirtiendo en un serio problema en algunos países.

El consumo de heroína es un serio problema en Kenia y Mauritania, y es ahora emergente en otras naciones de la Región, incluyendo Etiopía. Se prevé un incremento a corto plazo, ya que los vendedores de la calle expanden sus mercados hacia gente más joven desde edad escolar. Los usuarios de heroína en la mayor parte del mundo se la administran por vía inyectada, seguida por el de fumar; este patrón es ligeramente inverso en África en un hábito denominado "perseguir al dragón".

Las hojas frescas y los retoños de arbustos de khat (*Catha edulis*) son masticados para lograr un efecto estimulante y eufórico. El consumo es muy frecuente en el cuerno de África, principalmente por hombres, aunque hay un incremento en el número de mujeres y de adolescente; tiene consecuencias sociales económicas y está asociado a la violencia doméstica, bajo rendimiento escolar y laboral, así como una propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas sexualmente, - prácticas sexuales de alto riesgo.

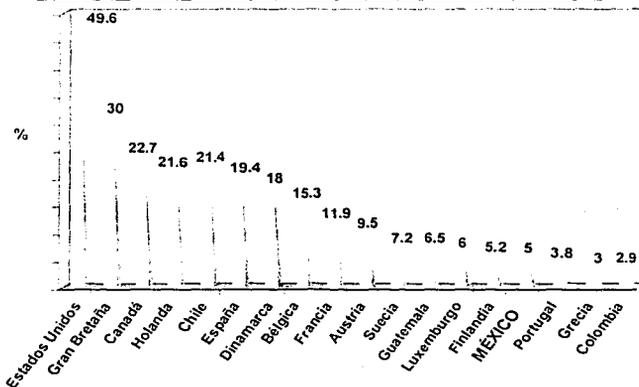
La siguiente gráfica muestra datos en diferentes naciones de consumo "alguna vez en la vida" de cocaína en población general.

Comparación internacional: uso de cocaína "alguna vez en la vida" en la población general 1997. Los % son con relación a la población total



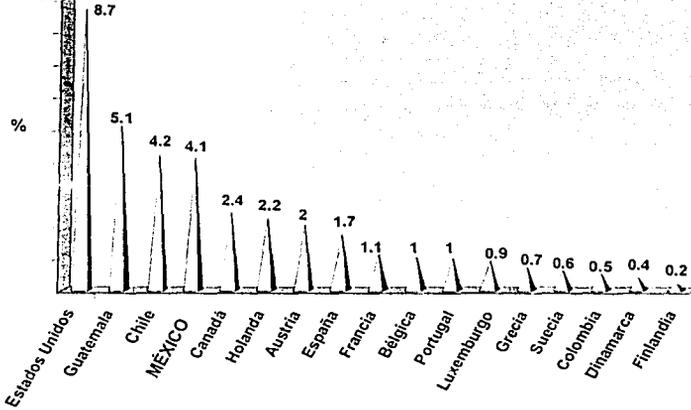
Las dos gráficas siguientes se refieren al consumo "alguna vez en la vida" de marihuana y cocaína reportado por estudiantes en esos mismos países. (Fuente para las tres Gráficas: Informe Mundial sobre las Drogas 2000. ODCCP, Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito)

Comparación internacional: uso de marihuana "alguna vez en la vida" en estudiantes 1997. El % es con relación al total de población estudiantil



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Comparación internacional: uso de cocaína "alguna vez en la vida" entre estudiantes 1997. El % es con relación al total de población estudiantil.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 El contexto de la enfermedad desde el panorama epidemiológico en México.

La coexistencia de enfermedades infectocontagiosas propias del subdesarrollo y de trastornos crónico-degenerativos –característicos de las sociedades desarrolladas- se ve reflejada en una amplia diversidad de problemas y necesidades de salud. Si bien, por un lado se han erradicado la viruela y la poliomielitis, y controlado las afecciones gastrointestinales, por el otro, han reemergido y vuelto a cobrar importancia enfermedades que, como el cólera y el dengue, habían desaparecido, o que, como el paludismo, no habían sido erradicadas por completo. En décadas recientes han emergido nuevas enfermedades como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, (SIDA) y el consumo de sustancias ilegales que, con el paso del tiempo ha incrementado su magnitud y, en consecuencia, llegado a superar a otros problemas de salud como causas de muerte o discapacidad.

No obstante el avance alcanzado en materia de salud y las nuevas necesidades de atención, hoy día, trastornos como el SIDA y las adicciones relacionadas con el consumo de drogas legales e ilegales, presentes prácticamente en todos los países del mundo, amenazan con convertirse, si no se someten a un oportuno control, en problemas de cada vez mayores dimensiones y más graves consecuencias.

El consumo de drogas en México es un fenómeno creciente cuyo impacto en la sociedad, por un lado se debe a las actividades criminales con que se vincula. Y por otro, es también un serio problema para la salud pública e individual, que sin embargo y afortunadamente no alcanza los niveles alarmantes de otros países, específicamente como los de Estados Unidos de Norteamérica.

El consumo de drogas altera el estado de ánimo y la conducta, produciendo inicialmente efectos placenteros; pero su uso repetido tiene serias consecuencias, con pérdida en la calidad de vida y en el desempeño escolar, laboral y económico, cambios emocionales adversos y dificultades en la interacción con los demás. Los niños y jóvenes son grupos particularmente vulnerables a experimentar con estas sustancias.

El consumo además, se asocia con serios problemas de salud y sociales, manifiestos por en su alto costo social, como son conductas sexuales de alto riesgo -transmisión de enfermedades como VIH/SIDA; abuso sexual y embarazos no planeados-; accidentes y violencia, así como trastornos en la salud mental y enfrentamientos con el sistema de justicia por involucrarse en conductas ilícitas, generalmente para conseguir droga.

Según la última Encuesta Nacional de Adicciones en Hogares 1998², el 25% de los mexicanos mayores de 10 años tiene dependencia al tabaco, lo que ubica a esta sustancia, como la más utilizada en México.

De hecho puede sostenerse que el tabaquismo en la actualidad, es uno de los más importantes problemas de salud pública, incluso podría considerársele la "epidemia del siglo", tanto por su relación con la gran cantidad de padecimientos crónicos, progresivos e incapacitantes, que la mayoría de las veces terminan en muerte prematura, como por los grandes gastos de atención médica y ausentismo laboral que ocasiona, con el consecuente costo económico para la persona como para la sociedad, vía servicios de salud.

Se calcula que en nuestro país uno de cada 10 fallecimientos (122 decesos diarios) ocurren provocados por enfermedades relacionadas estrechamente con el consumo de tabaco;

Cerca de la mitad de los fumadores habituales fallecerá por causas directamente atribuibles al tabaquismo, ya que se haya relacionado con el 90% de los casos de cáncer de pulmón, 84% de los de enfisema y bronquitis crónica, 51% de los cerebrovasculares y 45% de los trastornos cardiovasculares.

Adicionalmente, los fumadores "pasivos" o involuntarios tienen respecto a los no fumadores 30% más probabilidad de morir por enfermedad isquémica y 20% más riesgo de progresión de la arterosclerosis, en tanto que el riesgo relativo ponderado de morir por un problema cardíaco se incrementa entre 20% y 40%.

En cuanto al alcohol, en 1993 de la población de 12 a 65 años, el 24%, en su mayoría hombres, informó haberse embriagado en el último año y el 9.4% de la población mayor de 18 años cumplió con criterios de dependencia, es decir con una ingesta de más de cinco copas por ocasión con una frecuencia mínima de una vez por semana continuamente, presentando cuadros de abstinencia al interrumpir la ingesta.

El abuso en forma aguda y crónica se vincula estrechamente con lesiones y con más del 50% de los decesos provocados por accidentes, actos violentos, suicidios y cirrosis hepática, que es una de las primeras diez causas de defunción en la población general desde hace varias décadas y constituye la mayoritaria entre los hombres de 35 a 54 años de edad.

² Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. **El consumo de drogas en México.** México, 1999.

La farmacodependencia es una enfermedad crónica, deteriorante con recaídas y de difícil manejo, que en sus etapas más avanzadas hay que reconocerla como un problema catastrófico para la economía familiar, semejante a otros padecimientos como la diabetes, artritis, hipertensión arterial. Es en ese aspecto donde un problema de salud pública se convierte también en un problema económico, no sólo desde el punto de vista de lo familiar, sino que traspasa éste ámbito a lo social.

En ese sentido, es importante aproximarnos a su costo social, por lo que más adelante se exponen algunos elementos que permiten esa aproximación, los que a su vez podrían ser base para evaluar el costo social del consumo de drogas y generar indicadores de costo-beneficio en la aplicación de programas para la atención de este problema.

En cuanto al consumo de drogas ilegales en México, el índice de prevalencia es decir, el porcentaje de usuarios que al menos una vez en su vida han consumido drogas, es menor a los registrados en otros países del hemisferio y del mundo (ver cuadro 1), sin embargo, por datos más recientes se observa una tendencia creciente clara y con características cada vez más complejas.

CUADRO 1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIGUANA Y COCAÍNA ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN PAÍSES SELECCIONADOS. (DATOS DE ENCUESTAS EN HOGARES RECIENTES Y COMPARABLES)

| | Canadá (1994) | EUA (1998) | México (1998) | Colombia (1997) | Bolivia (1998) | Chile (1966) | España (1997) |
|-----------|------------------|---------------|------------------|--------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| Mariguana | 23.1% | 33.0% | 4.7% | 9.2% | 3.4% | 16.7% | 21.7% |
| Cocaína | 3.8% | 10.6% | 1.5% | 3.9% | 1.4% | 2.6% | 3.2% |

Fuente: *Subdirección de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C. Datos de Encuestas en Hogares Recientes y Comparables. Documento interno de trabajo*

En nuestro país, conforme a la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, la prevalencia del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en población urbana entre 12 y 65 años aumentó de 3.9% en 1993 a 5.3% en 1998. Los usuarios frecuentes (casos que reportaron el uso en los 30 días previos a la encuesta) aumentaron de cerca de 200 mil a cerca de 400 mil personas (0.83%) en el mismo lapso (Cuadro 2).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN POBLACIÓN URBANA DE 12 A 65 AÑOS, POR CATEGORÍA DE PREVALENCIA Y SUSTANCIAS, ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES 1993 Y 1998 (%)

| | Alguna vez en la vida | | Último año | Último mes |
|-------------------------|-----------------------|------|------------|------------|
| | 1993 | 1998 | 1998 | 1998 |
| Cualquier droga ilícita | 3.90 | 5.27 | 1.23 | 0.83 |
| Mariguana | 3.32 | 4.70 | 1.03 | 0.70 |
| Cocaína | 0.56 | 1.45 | 0.45 | 0.21 |
| Solventes inhalables | 0.50 | 0.80 | 0.15 | 0.09 |
| Alucinógenos | 0.22 | 0.36 | 0.03 | — |
| Heroína | 0.07 | 0.09 | 0.02 | — |

FUENTE: Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. El consumo de drogas en México. México, 1999.

Las sustancias con mayores tasas de prevalencia son la mariguana, la cocaína y los solventes inhalables; sin embargo, destaca, en particular, el aumento de 2.6 veces registrado en el consumo de cocaína, al pasar de 0.56% en 1993 a 1.45% en 1998, como se observó en el cuadro 2.

El grupo más afectado es el de varones entre 18 y 34 años, con una prevalencia de 15.6%, que de acuerdo a la población nacional representa cerca de 1.3 millones de personas que al menos alguna vez en su vida han consumido drogas; mientras que entre los menores de 18 años se registra una prevalencia total de 3.57%. Así mismo, el uso de drogas entre los hombres (11.09%) es considerablemente más alto que entre las mujeres (0.87%), lo cual representa una razón de 13 usuarios hombres por cada mujer.

Por lo que se refiere a la distribución del uso de drogas en el país, se aprecian importantes diferencias regionales, registrándose tasas de uso superiores a la media nacional en las regiones Norte y Centro, en particular, en ciudades como Tijuana, Ciudad Juárez, Guadalajara y ciudad de México (Cuadro 3).

FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA. TASAS REGIONALES Y POR CIUDADES, ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES 1993 Y 1998 (%)

| | 1993 | 1998 |
|----------------------|---------------|-------|
| REGIÓN NORTE | 4.92 | 6.00 |
| Tijuana | 10.12 | 14.73 |
| Ciudad Juárez | 8.95 | 9.20 |
| Monterrey | 2.86 | 4.19 |
| Matamoros | 5.80 | 3.62 |
| REGIÓN CENTRO | 3.71 | 5.97 |
| Guadalajara | No disponible | 7.50 |
| Ciudad de México | 3.98 | 7.28 |
| Región Sur | 2.29 | 2.69 |

FUENTE: Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. El consumo de drogas en México. México, 1999.

Encuestas con estudiantes realizadas en el Distrito Federal indican una prevalencia total del uso de drogas de 9% entre estudiantes de secundaria y de cerca del 15% entre los de enseñanza media superior y técnica. En 1997, se detecta un incremento del uso de marihuana y cocaína, así como la disminución del de solventes inhalables (Cuadro 4).

CUADRO 4. PREVALENCIA TOTAL DEL USO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA DEL D.F. 1976-1997 (%)

| | 1976 | 1978 | 1980 | 1986 | 1989 | 1991 | 1993 | 1997 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Marihuana | 1.9 | 3.8 | 3.5 | 3.5 | 4.0 | 2.8 | 3.5 | 5.0 |
| Inhalables | 0.9 | 5.4 | 4.4 | 4.7 | 4.7 | 5.0 | 5.0 | 4.1 |
| Cocaína | 0.5 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | 1.6 | 1.0 | 1.6 | 4.1 |

FUENTE: Instituto Mexicano de Psiquiatría-SEP (Subsecretaría de Servicios Educativos para el D.F.). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal. Medición Otoño 1997. México, 1999.

Una encuesta levantada en 2000 entre estudiantes de secundaria del estado de Nuevo León indica una tasa de prevalencia total de 7.6%, con mayores tasas de consumo de marihuana, cocaína, tranquilizantes menores y solventes inhalables (Cuadro 5).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

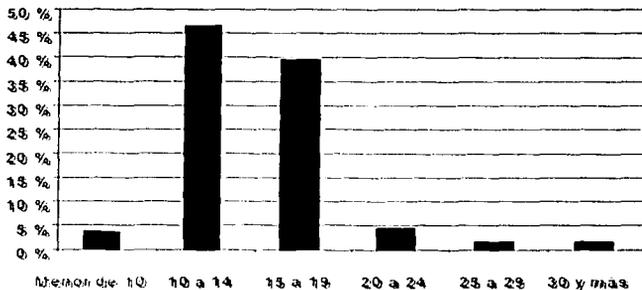
CUADRO 5. PREVALENCIA TOTAL DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA BÁSICA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

| | Prevalencia (%) |
|-------------------------|-----------------|
| Cualquier droga ilícita | 7.6 |
| Mariguana | 2.4 |
| Solventes inhalables | 1.7 |
| Cocaína | 1.9 |
| Crack | 1.0 |
| Tranquilizantes menores | 1.8 |
| Anfetaminas | 1.4 |
| Esteroides anabólicos | 1.0 |

FUENTE: CIJ-SEP Nuevo León, Prevalencia del uso de drogas y factores psicosociales asociados al consumo entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León, México, 2000.

En cuanto a los usuarios de los servicios de tratamiento en CIJ, la siguiente gráfica muestra las edades de inicio:

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS



Fuente: Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ Octubre - Diciembre 2000

Entre los usuarios de drogas de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil entre 1990 y 2000, se aprecia un claro aumento del uso de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

cocaína, de 12.2% en 1990 a 69.2% en 2000, así como del de heroína y metanfetamina, sustancias cuyo uso, no obstante presentar proporciones relativamente reducidas en el nivel nacional, muestra una creciente expansión en ciudades del norte de la República y de la costa del Pacífico. Puede observarse igualmente una alta prevalencia del uso de marihuana y una clara disminución del de solventes inhalables (Cuadro 6). Así mismo, se registra un aumento del policonsumo (de 59.2% en 1990 a 84.7% en 2000), una temprana edad de inicio (15 años en promedio) y una proporción de 7.2 hombres por cada mujer.

CUADRO 6. PREVALENCIA TOTAL DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ ENTRE 1990 Y 2000 (%).

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Marihuana | 69.3 | 68.9 | 70.3 | 72.6 | 71.2 | 71.9 | 73.2 | 71.2 | 66.4 | 65.1 | 63.4 |
| Inhalables | 55.8 | 61.8 | 56.8 | 52.0 | 47.2 | 47.1 | 47.6 | 44.6 | 40.5 | 39.6 | 35.2 |
| Cocaína | 12.2 | 13.9 | 16.0 | 20.9 | 28.5 | 32.4 | 40.4 | 49.7 | 61.6 | 68.2 | 69.2 |
| Depresores con utilidad médica | 21.4 | 21.3 | 21.0 | 21.4 | 26.3 | 26.5 | 25.1 | 24.9 | 20.2 | 19.0 | 19.7 |
| Heroína | 3.8 | 3.2 | 3.7 | 4.0 | 5.1 | 5.3 | 5.8 | 5.7 | 4.7 | 5.0 | 5.2 |
| Metanfetamina | N/D | N/D | N/D | N/D | 2.7 | 2.7 | 3.6 | 5.0 | 4.7 | 6.2 | 8.2 |
| Casos | 4,420 | 4,506 | 5,835 | 6,428 | 7,286 | 8,397 | 12,374 | 12,300 | 16,463 | 17,681 | 15,311 |

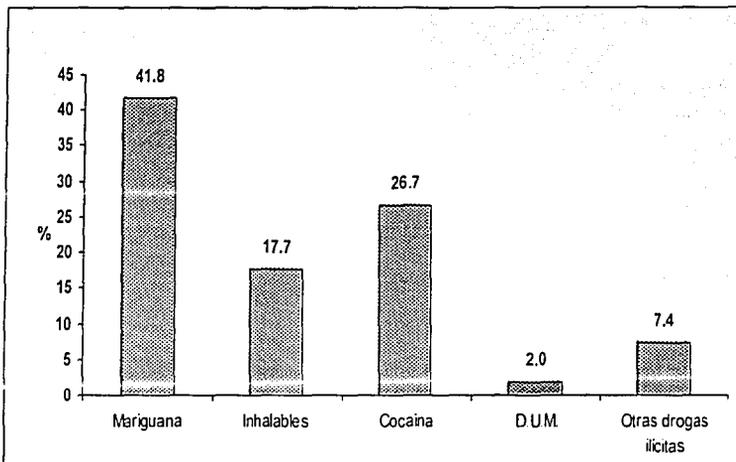
FUENTE: CIJ, Subdirección de Investigación. Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, 1990 a 2000.

El reporte de consumo de metanfetaminas y de heroína aunque a nivel nacional se encuentra en baja proporción, su presencia es alarmante en los últimos cinco años en la zona noroccidental del país, particularmente en ciudades de la frontera norte como Tijuana y Ciudad Juárez.

Durante el año 2000, la principal droga de inicio de los pacientes que ingresan a tratamiento es la marihuana, que representa del total de casos el 41.8%, siguiendo cocaína, inhalables y depresores de uso médico (DUM), como se observa en la siguiente gráfica.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Droga ilícita de inicio



Fuente: CIJ, Subdirección de Investigación. Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ 2000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. APROXIMACIÓN A SUS COSTOS

De los servicios que Centros de Integración Juvenil, A.C. presta a la población, solo se cobran los relativos a tratamiento mediante cuota de recuperación que se fija con base en un estudio socioeconómico del paciente y la familia; la cuota puede determinarse como exenta. Todas las actividades preventivas y de movilización social se otorgan de manera gratuita.

La cuota para tratamiento en consulta externa, va de exento -cuota cero- a un rango mínimo de seis pesos y máximo de setenta y cinco por consulta o servicio recibido. En hospitalización, de igual forma existe la exención, los rangos van de veinticinco a doscientos cincuenta pesos diarios, que incluyen estancia, gastos de alimentación y servicios médico-terapéuticos que recibidos por el paciente y su familia.

A partir de aquí, se genera parte del costo social de la atención del problema. Si determinamos el costo real que tienen los servicios que se otorgan a la población, vemos que la subvención por parte del Estado es alta, que si bien obedece a principios redistributivos del ingreso, no deja de ser un costo para los contribuyentes, lo que en palabras de Joseph E. Stiglitz ³sería que: "Aunque los estados modernos asumieron hace tiempo parte de la responsabilidad de velar por los necesitados, en los últimos 50 años ésta ha acabado considerándose una de sus principales funciones" y de "que ningún individuo debe pasar hambre, carecer de techo o privarse de alguna de las demás necesidades básicas de la vida simplemente por falta de recursos". Lo que se interpreta como la obligatoriedad que tiene el Estado de atender este problema.

- ✓ El costo por paciente en consulta externa es de \$2,480, quien recibe 7.5 consultas.
- ✓ En hospitalización un tratamiento completo de 75 a 90 días cuesta \$49,187.
- ✓ La estancia de 3 semanas para atención de síndromes de abstinencia asciende a \$13,250.
- ✓ El costo día/cama en hospitalización es de \$631.

Si revisamos aisladamente el costo de la enfermedad, se puede establecer que si aumenta la demanda de servicio, su atención se traduce en un problema presupuestal; es decir se reduce al costo monetario para cubrir los servicios prestados al adicto. Bajo esta óptica, la atención adecuada sólo se reduciría a un problema de escasez de recursos por la falta de captación de éstos vía impuestos,

³ Stiglitz, E. Joseph. La Economía del Sector Público. 2ª. Edición Antoni Bosch Editor. México.

es decir sólo sería una cuestión monetaria de la que depende resolver este problema.

Analizando otra arista del problema, desde un enfoque de economía de la salud considerando, como ha quedado definida, que la farmacodependencia es una enfermedad con múltiples recaídas; que deja secuelas permanentes y en estados muy avanzados ocasiona cuadros discapacitantes ó la muerte, lo que se traduce en un costo social muy alto, por la pérdida de años de vida saludable de los enfermos.

En este sentido, un estudio realizado por Fundación Mexicana para la Salud, en el que entre otros puntos desarrolló un sistema para medir los AVISA (años de vida saludable) así como AVISA perdidos por muertes prematuras y AVISA vividos con discapacidades, asociados a otras enfermedades y padecimientos, lo que no impide que se pueda aplicar parte de esos resultados a los farmacodependientes.

Ese enfoque parte de que los daños a la salud provocados por una enfermedad u otro padecimiento en muchas ocasiones no llegan a provocar la muerte, por lo que esos indicadores facilitan conocer parte del costo social de la enfermedad al medir de manera integral tanto su efecto social como los ocasionados por muerte en edades tempranas o la presencia de estados incapacitantes.

Los indicadores señalados miden la importancia relativa de los problemas de salud a partir de la cuantificación de la pérdida de vida saludable además de permitir contabilizar pérdidas originadas por determinados factores etiológicos (tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, etc.) o por secuelas de ciertos padecimientos (sordera, pérdida de agudeza visual, etc.) "Gracias a este indicador se cuenta con un patrón de medida métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades; por ello, el indicador utiliza el tiempo, y no el número de eventos, como unidad de medida"⁴.

Conforme a una muestra de 15,311 pacientes – Cuadro A-, tomada en 2000, se observa que 4,624 eran menores de 17 años, con promedios de 14 años de edad de inicio en el consumo de drogas y de 15 años para ingresar a tratamiento; con un periodo previo de consumo de al menos 2 años; los 10,684 paciente restantes presentaron un promedio de inicio de 15 años y de 25 para ingresar a tratamiento.

⁴ Frenk J, Lozano R, González-Block M.A et al. Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

Edades Promedio de Inicio en el Consumo y de Ingreso a Tratamiento
Pacientes atendidos en CIJ durante el año 2000

Cuadro A

| | | Promedios: | | Lapso de uso previo al ingreso al tratamiento |
|---------------|----------------------|----------------|-----------------|---|
| | | edad de inicio | edad de Ingreso | |
| < 17 años | N= 4,624 (30.2%) | 14 | 15 | 72.2%: 2 años |
| 18 años y más | N= 10,687 (69.8%) | 15 | 25 | 89.5%: 3 años o más |

Fuente: Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. *Reporte estadístico del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Informe de investigación 2001-1b, CIJ, México, 2001.*

Estos datos permiten de inicio determinar que entre los usuarios de drogas menores a 17 años, considerando las diferencias en los promedios de inicio e ingreso a tratamiento hay una pérdida inicial 1 AVISA, mas dos de consumo previo al iniciar su tratamiento. En una situación ideal, la alta definitiva para un paciente se otorga posterior a que curso su tratamiento, que en promedio es de un año, mas dos años de seguimiento; lo que significan tres años mas de pérdida de vida saludable. Es decir en la situación ideal que el paciente cumpla el tratamiento completo, este grupo etáreo presenta una pérdida de 6 AVISA.

En la población estudiada mayor a 18 años, con un consumo previo de tres años antes de ingresar a tratamiento mas diez, por la diferencia entre los promedios de edad de inicio y de ingreso a CIJ, sumando los tres correspondientes a tratamiento -considerando idealmente que respondan a éste de igual forma que el grupo de menores a 17 años-; a este grupo etáreo el consumo de drogas le ocasiona una pérdida de 16 AVISAS.

Continuando con situaciones ideales, que posterior a su alta definitiva, se reincorporen totalmente a una vida sana y productiva, el grupo menor a 17 años cursará con 47 AVISA, considerando una esperanza de vida en México 70 años, sin distinguir sexo. En el caso pesimista, de que no acudan a tratamiento y el abuso de drogas lleve a la muerte a alguna persona de este grupo, bajo la premisa de que el deceso ocurra dentro del límite de edad del grupo, se presentan 53 AVISA perdidos por muertes prematuras, 2 pérdidas de AVISA (años previos de consumo) y sólo 15 de AVISA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En el grupo de mayores de 18 años, estableciendo para su análisis un edad promedio de 25 años y considerando la expectativa favorable de una reincorporación plena a la sociedad, sus AVISA se reducen a 42. De fallecer por causas atribuibles, directas o indirectas, al consumo, tomando como base a partir 25 años de edad: los AVISA *perdidos por muertes prematuras* son 42 mas 3 pérdidas de AVISA (años previos de consumo) y 15 de AVISA. De aumentar la edad disminuyen en igual cantidad los AVISA *perdidos por muertes prematuras* sumando ésta a los AVISA perdidos.

En todos los ejemplos se tomó como referencia la esperanza de vida máxima al nacimiento; y, para el valor de "vida saludable", no se hace diferenciación alguna por la etapa o período de vida que curse la persona, es decir si es joven, adulto o adulto mayor.

Los AVISA vividos con discapacidades, son aquellos que resultan de la diferencia entre la edad en que se otorga la alta definitiva y la esperanza de vida, siempre y cuando el paciente presente lesiones irreversibles, provocadas por el abuso de drogas o por accidentes relacionados en forma directa o asociados (conductas delictivas, accidentes de tránsito, etc.), es decir, los años que se vivirán con disminución en la salud, ya sea por causas propias del padecimiento u originadas por accidente u evento violento.

Una cuantificación simple de lo que significan los AVISA perdidos, se podría estimar al calcular la vida productiva de un sujeto como un ingreso de al menos tres salarios mínimos. En el caso de los AVISA vividos con discapacidad se tendría que sumar a los ingresos dejados de percibir, los gastos médicos requeridos por esa condición.

Asociado a lo anterior, está otro enfoque económico y social del problema, que nos enfrenta a una parte oculta y poco revisada: *el costo social de este padecimiento, que únicamente circunscribiremos a lo estrechamente asociado con conductas antisociales, gasto en drogas, demanda de otros servicios de tratamiento, riesgo de accidentes y problemas asociados al desempeño laboral y escolar.*

Mediante información estadística, estableceremos algunos indicadores que permitan realizar una pequeña aproximación a ese costo social, indicadores que a su vez podrían ser cuantificados económicamente.

Toda la información a la que se hace referencia mas adelante, de no aclararse lo contrario pertenece a pacientes de CIJ. Para la construcción de los indicadores de costo social, primeramente se selecciono una muestra de usuarios de drogas que

solicitaron tratamiento,⁵ los que para ser incluidos debieron cumplir con los siguientes criterios:

- *Haber concluido la fase diagnóstica e iniciado el tratamiento propiamente dicho*
- *Ser mayores de 18 años*
- *Consumir drogas por lo menos desde hacía un año*

La muestra no fue probabilística y se seleccionó por los tres criterios anteriores. Quedó conformada por 160 casos, con edad promedio de 26.5 años. El 89.4% hombres; 55.1% solteros y 32.9% casado; el resto reportó un estado civil distinto (unión libre, separado, etc.). 16.3% había cursado o cursaba estudios de educación básica, 43.1% tenía estudios de secundaria, 27.4% contaba con estudios técnicos o bachillerato y 7.5% con estudios superiores. El 57.2% contaba con empleo, mientras que 17% no tenía ocupación; 11.9% estudiaba y trabajaba, en tanto una proporción tenía como única ocupación el estudio; finalmente el 1.9% refirió dedicarse a labores del hogar.

La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario de formato auto-aplicable en entrevista directa, con 68 reactivos, dirigidos a explorar la prevalencia de presuntos factores del costo social, con opciones de respuesta *Si* o *No*. La cédula incluyó dos secciones. La primera, dirigida a indagar la intensidad del consumo de drogas, alteraciones del desempeño laboral o escolar, trastornos de salud y diversas manifestaciones de conducta antisocial. La segunda recoge información relativa al uso de sustancias y al patrón de consumo. El levantamiento de la información estuvo a cargo de los terapeutas responsables de la atención de los casos seleccionados.

Con los resultados de la aplicación del cuestionario, se identificaron cuatro dimensiones de costo social:

1. *Trastornos de salud.* Comprende la prevalencia de trastornos de salud y la utilización de servicios médicos, por ejemplo: ocasiones en que el sujeto se ha enfermado en los últimos 12 meses, eventos incapacitantes, gasto en atención médica (compra de medicamentos, hospitalización, etc.).

⁵ Unidades de atención de donde se tomó la información de pacientes: Álvaro Obregón, Cuauhtémoc Ote. y Pte., Chalco, Gustavo A. Madero Norte, Tlalpan, Iztapalapa Sur, Venustiano Carranza, Unidad de Tratamiento en Consulta Externa "Vicente Suárez", Aguascalientes, Celaya, Ciudad Juárez, Cuernavaca, Hermosillo, Mérida, Monterrey, Poza Rica, Tuxtla Gutiérrez, Guadalajara Sur, La Paz, Saltillo, Culiacán y Tijuana.

2. *Conducta antisocial y gasto en drogas.* Da cuenta de conductas agresivas y transgresivas (asalto o robo a transeúnte o a casa habitación, participación en el tráfico de drogas, detenciones, etc.) y de la utilización de recursos económicos para la adquisición de sustancias. Este agrupamiento de variables muestra, de inicio, la existencia de una relación entre conducta antisocial y gasto en drogas.

3. *Intensidad del consumo de sustancias* Comprende alteraciones o síntomas que derivan del abuso o dependencia de sustancias.

4. *Accidentes.* Comprende la involucración del usuario en eventos que provocan daños o lesiones a sí mismo, a otras personas o cosas (accidentes de tránsito, incapacidad u hospitalización por accidentes, etc.).

Otras variables, referidas a ausentismo escolar o laboral, bajo rendimiento escolar o laboral, pérdida de empleo o deserción escolar, etc., fueron omitidas del análisis debido a la existencia de altas tasas de sin información (por lo demás, hay que señalar que las secciones correspondientes sólo aplicaban en el caso de que el sujeto estudiara y/o trabajara, o bien, de que lo hubiese hecho en los 12 meses previos al levantamiento de datos).

A partir de la información obtenida en las variables de intensidad del consumo de drogas (variables que se refieren a diversos signos o síntomas de abuso o dependencia, Cuadro 1), y mediante la aplicación de un "jueceo" por los mismos especialistas que aplicaron los cuestionarios, se establecieron tres categorías que distinguen la severidad del problema, a saber: baja, media y alta:

Cuadro 1. Respuestas afirmativas registradas en las variables de severidad del consumo de drogas

| | FREC. | % |
|--|-------|------|
| ¿Ha tenido un deseo muy intenso por consumir alcohol o drogas? | 127 | 79.4 |
| ¿Ha peleado o discutido fuertemente con un amigo o miembro de su familia debido al consumo de drogas? | 107 | 66.9 |
| ¿Ha tenido problemas para llevarse bien con alguno de sus amigos debido al consumo de alcohol o drogas? | 66 | 41.5 |
| ¿Ha presentado algún síntoma de abstinencia (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, temblores, a causa de su consumo alcohol o drogas? | 107 | 66.9 |

Continúa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 1. Respuestas afirmativas registradas en las variables de severidad del consumo de drogas

| | <i>Continuación</i> | |
|---|---------------------|------|
| | FREC. | % |
| ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar lo que hizo cuando estaba bajo los efectos del alcohol o drogas? | 77 | 48.1 |
| ¿Ha competido haber quién toma más? | 56 | 35.0 |
| ¿Ha tenido problemas para decir NO cuando le ofrecían alcohol o drogas? | 97 | 61.4 |
| ¿Ha tenido que aumentar la cantidad de alcohol o drogas para obtener el efecto que desea? | 89 | 56.0 |
| ¿Ha sentido alguna vez que no puede controlar el consumo de alcohol o drogas? | 109 | 68.1 |
| ¿Ha dejado de realizar actividades por gastar mucho dinero en alcohol o drogas? | 111 | 69.8 |
| ¿Ha llegado tarde a la casa o faltado a clases o al trabajo por estar bajo el efecto de alcohol o drogas? | 124 | 77.5 |
| ¿Ha cambiado rápidamente su estado de ánimo debido al consumo alcohol o drogas? | 126 | 78.8 |
| ¿Ha tenido algún accidente de tránsito (como peatón o conductor) después de consumir alcohol o drogas? | 39 | 24.4 |
| ¿Se ha lesionado accidentalmente a sí mismo o a otras personas como consecuencia del consumo de alcohol o drogas? | 57 | 35.8 |

Conforme a las respuestas anteriores, los casos quedaron agrupados de la siguiente manera, de acuerdo con el grado de severidad del consumo de sustancias:

Tabla 1. Severidad del consumo de drogas

| Grado | FREC. | % válido |
|--|-------|----------|
| Sin signos o síntomas de abuso o dependencia | 2 | 1.3 |
| Baja severidad | 67 | 41.9 |
| Moderada severidad | 62 | 38.8 |
| Alta severidad | 29 | 18.1 |

Una vez determinadas las categorías de severidad del uso de drogas y clasificados los casos en los grupos correspondientes, se identificaron las variables asociadas al consumo mediante las cuales podían explicarse las diferencias existentes entre las tres categorías de pacientes. Este análisis se realizó con el fin de reconocer variables que —previa estimación de su equivalencia en términos económicos— podrían ser aplicables en la evaluación del costo del problema y de los beneficios atribuibles a la aplicación de programas de atención.

Para ello, se tomaron en cuenta únicamente las variables cuyo peso relativo resultó significativo. Estas variables se muestran en la **Tabla 2**.

De acuerdo con los resultados de este análisis discriminante, sólo 113 casos del total de 158 que se clasificaron con base en los tres niveles de severidad previamente establecidos (**Tabla 1**), se agruparon de manera inequívoca en alguna de estas categorías: 45 en la de *baja*, 44 en la de *moderada* y 24 en la de *alta* severidad. Estos casos representan el 71.5% de la muestra, si bien los sujetos restantes —aquéllos cuya asignación a un grupo determinado no pudo ser determinada estadísticamente de manera inequívoca— también fueron incluidos para efectos del análisis.

Tabla 2. Variables discriminantes

| | Coeficiente estanda - rizado |
|---|------------------------------------|
| Ha provocado intencionalmente algún daño físico a otras personas | 0.55 |
| Ha cometido algún asalto | 0.45 |
| Ha vendido o distribuido drogas | 0.35 |
| Ha tomado dinero o vendido cosas de su casa para comprar drogas | 0.32 |
| Ha estado internado en algún centro de tratamiento o de apoyo contra el uso de sustancias | 0.26 |
| Ha cometido algún robo a transeúntes | 0.25 |
| Ha consultado al médico por algún problema de salud | 0.21 |
| Ha gastado más de 200 pesos al mes para adquirir drogas | 0.20 |
| Ha recurrido a servicios médicos gratuitos | 0.15 |
| Ha participado en alguna riña o pleito callejero | 0.08 |
| Ha tenido algún accidente de tránsito | 0.05 |
| Ha contraído alguna deuda para comprar drogas | 0.05 |

Por último, como ya se ha señalado, debido a las elevadas tasas de falta de información en las secciones del cuestionario relativas a desempeño escolar y laboral, únicamente se realizó un análisis descriptivo de los datos disponibles. Este mismo tratamiento se dio, además, a las variables que no mostraron capacidad discriminativa, pero que habían sido incluidas en los factores de *trastornos de salud, conducta antisocial y accidentes*.

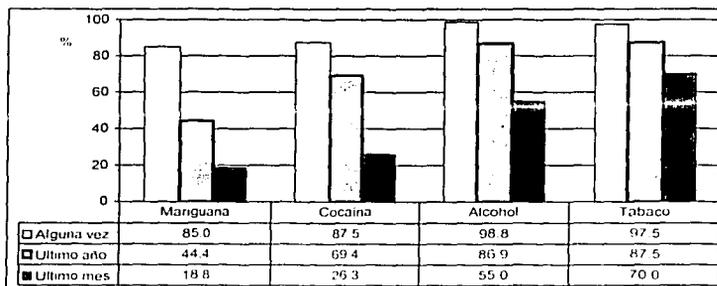
3.1 PRINCIPALES HALLAZGOS

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Las drogas de mayor consumo en la muestra global fueron el alcohol, el tabaco, la cocaína y la marihuana (Gráfica 1, Anexo, Cuadro 2).

Según lo referido, los casos en estudio iniciaron la ingesta de bebidas alcohólicas a una temprana edad 12.7 años en promedio; en segundo lugar, aparece el inicio del consumo de tabaco 14.7 años, mientras que el inicio del uso de drogas ilícitas, incluyendo sustancias con utilidad médica utilizadas fuera de prescripción, ocurrió en promedio a los 15.3 años.

Gráfica 1. Prevalencia del consumo de las principales drogas reportadas (n=160)



En el transcurso de los 12 meses previos al levantamiento de información, el 26.6% de los casos refirió haber ingerido bebidas alcohólicas con una frecuencia de tres a nueve ocasiones al mes, en tanto que 21.4% reportó haber alcanzado un estado de embriaguez de diez a veinte veces en el mismo lapso de un mes.

Por lo que se refiere al consumo de drogas ilícitas en el año anterior a la encuesta, el 27.3% de los casos señaló haberlas utilizado con una frecuencia de tres a nueve veces al mes, mientras que el 25.3% refirió haberlo hecho en más de veinte ocasiones al mes.

Las drogas de preferencia fueron la cocaína y la marihuana, referidas como tales por 38.7 y 21.9% de los casos, respectivamente; seguidas por el alcohol, el cual fue señalado como sustancia de preferencia por el 14.8%. Las mismas sustancias fueron, además, reportadas como "drogas de mayor impacto" (definidas como aquellas cuyo uso —a juicio del propio usuario de drogas— le ha afectado en mayor medida); el 41.0% señaló a la cocaína, 18.5% a la marihuana y 11.5% al alcohol. Adicionalmente, destaca la alta proporción de casos que refirieron a la metanfetamina como sustancia de preferencia y de mayor impacto: 9.0 y 10.3%, respectivamente (Anexo, Cuadro 3).

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS QUE PODRIAN APLICARSE A LA EVALUACIÓN DEL COSTO SOCIAL DEL MISMO

Como cabía esperar, los resultados indican la existencia de una relación directa entre la severidad del consumo de drogas y su costo social. Conforme aumenta la severidad, es mayor la prevalencia de conductas antisociales y se incrementa el gasto en drogas, la demanda de servicios de tratamiento y el riesgo de accidentes, así mismo se observan más problemas de ajuste laboral y escolar.

Con base en las doce variables que presentaron una mayor capacidad discriminativa puede observarse (Tabla 3) que quienes presentan signos y síntomas severos de abuso o dependencia reportan con una frecuencia considerablemente más alta antecedentes de internamiento por uso de sustancias. Así mismo, a una mayor severidad del uso de sustancias corresponde una mayor demanda de servicios médicos en el último año.

TABLA 3. VARIABLES ASOCIADAS SIGNIFICATIVAMENTE CON UNA MAYOR SEVERIDAD DEL CONSUMO DE DROGAS

| | Severidad del consumo de Sustancias | | | | | |
|---|-------------------------------------|------|----------|------|-------|------|
| | Baja | | Moderada | | Alta | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| Variables del factor "trastornos de salud" | | | | | | |
| Ha estado internado en algún centro de tratamiento o de apoyo contra el uso de sustancias | 10 | 15.6 | 17 | 28.1 | 16 | 56.3 |
| Ha consultado algún médico por algún problema de salud | 14 | 21.1 | 23 | 37.9 | 12 | 41.1 |
| Ha recurrido a servicios médicos gratuitos | 11 | 16.7 | 24 | 38.9 | 13 | 44.4 |

Continúa

TABLA 3. VARIABLES ASOCIADAS SIGNIFICATIVAMENTE CON UNA MAYOR SEVERIDAD DEL CONSUMO DE DROGAS

| | Continuación | | | | | |
|---|-------------------------------------|------|----------|------|------|------|
| | Severidad del consumo de Sustancias | | | | | |
| | Baja | | Moderada | | Alta | |
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| VARIABLES DEL FACTOR "CONDUCTA ANTISOCIAL Y GASTO EN DROGAS" | | | | | | |
| Ha tomado dinero o vendido cosas de su casa para comprar drogas | 10 | 15.5 | 23 | 36.6 | 14 | 47.9 |
| Ha participado en alguna riña o pleito callejero | 13 | 20.0 | 22 | 35.7 | 13 | 44.3 |
| Ha provocado intencionalmente algún daño físico a otras personas | 15 | 21.7 | 7 | 10.9 | 20 | 67.4 |
| Ha cometido algún asalto | 9 | 13.6 | 3 | 4.5 | 24 | 81.8 |
| Ha cometido algún robo a transeúntes | 11 | 15.8 | 20 | 31.6 | 15 | 52.6 |
| Ha vendido o distribuido drogas | 9 | 13.5 | 17 | 27.0 | 17 | 59.5 |
| Ha gastado más de 200 pesos al mes para adquirir drogas | 6 | 9.5 | 21 | 33.3 | 17 | 57.1 |
| Ha contraído alguna deuda para comprar drogas | 5 | 7.7 | 28 | 44.6 | 14 | 47.7 |
| VARIABLES DEL FACTOR "ACCIDENTES" | | | | | | |
| Ha tenido algún accidente de tránsito | 14 | 20.9 | 17 | 27.9 | 15 | 51.2 |

Como puede observarse, también las diversas manifestaciones de conducta antisocial y la utilización de recursos para la adquisición de drogas, al igual que la prevalencia de accidentes de tránsito, aumentan claramente conforme es mayor la severidad del problema. En particular, destaca la frecuencia con que los casos de alta severidad habían participado en asaltos o lesionado intencionalmente a otras personas en los 12 meses previos, situaciones que, a diferencia de otras variables, presentan incluso una frecuencia más alta entre los casos de baja severidad que entre los de severidad moderada.

No obstante que en otras variables incluidas en los factores anteriores no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de estudio, puede señalarse que se registró una alta frecuencia (por arriba del 20% de los casos o

incluso más) de enfermedades, en general, y de enfermedades incapacitantes, en particular, así como de uso de servicios médicos, ya sea en los sistemas de seguridad social o privados, y de gastos médicos frecuentes. Además, cerca del 15% de los casos refirió haber estado hospitalizado, o bien, haber sido objeto de algún tratamiento prolongado, mientras que cerca del 10% reportó la erogación de más de mil pesos para la compra de medicamentos o para el pago de servicios de internamiento para su atención (**Anexo, Cuadro 4**).

En el caso de otras variables del factor de *conducta antisocial*, prácticamente uno de cada tres casos refirió haber tenido problemas con la policía por la comisión de alguna falta administrativa, en tanto que más del 35% de los casos reportaron haber sido detenidos en los 12 meses previos (según lo estipulaba el lapso de estudio). Cerca del 10% aceptó haber causado algún daño a propiedades de terceros o haber estado preso, mientras que más del 10% de quienes presentaron índices de severidad moderados o altos habían participado en robos de casa-habitación (**Anexo, Cuadro 5**).

Por lo que se refiere a las variables desprendidas del factor *accidentes*, puede señalarse una alta prevalencia de lesiones accidentales y de accidentes incapacitantes. Adicionalmente, más del 10% refirió haber lesionado accidentalmente a otras personas (**Anexo, Cuadro 6**).

En el caso de las variables relativas al costo laboral del consumo de sustancias (n=142 casos que refirieron estar trabajando o haberlo hecho en los 12 meses previos), también se aprecia que conforme aumenta la severidad, aumentan el ausentismo laboral (ya sea sin justificación o por enfermedad), así como el riesgo de sanciones o despidos, en tanto disminuye el rendimiento laboral percibido y los ingresos del trabajador. Así mismo, destaca que los casos con baja severidad reportaron una alta prevalencia (40%) de accidentes de trabajo (**Anexo, Cuadro 7**).

En el área de ajuste escolar (n=39 casos que estudiaban o había estudiado en los 12 meses previos), se observa una similar tendencia, de modo que, en general, puede también sostenerse, a pesar del reducido tamaño de la muestra, que a una mayor severidad del uso de drogas corresponden frecuencias más altas de ausentismo escolar, expulsión, sanciones por problemas de conducta, reprobación de materias o suspensión de la escuela. Por el contrario, los sujetos con índices de severidad bajos reportaron con mayor frecuencia que otros casos haber observado una disminución en sus calificaciones promedio (**Anexo, Cuadro 8**).

3.2 Observaciones Finales

Con base en la información recabada con la muestra de usuarios de drogas en tratamiento (n=158), clasificados en tres categorías de severidad (baja, moderada y alta), el presente estudio aporta información acerca de factores del costo social asociado con el consumo de drogas, susceptibles de ser cuantificados económicamente. Entre estos factores, se cuentan una alta prevalencia de trastornos de salud y accidentes, diversas manifestaciones de conducta antisocial y una mayor necesidad de recursos para la adquisición de sustancias. También se identificaron alteraciones del desempeño laboral y escolar de los sujetos afectados.

En particular, se encontró clara evidencia de que en la medida en que la severidad del consumo es mayor, su costo social se incrementa. Así, destaca que una mayor severidad del consumo se asocia con una mayor frecuencia de accidentes de tráfico, de periodos de internamiento en centros de tratamiento o de apoyo contra el uso de sustancias, de consultas médicas por problemas de salud y del uso de servicios médicos gratuitos.

Así mismo, aumenta el gasto para la adquisición de sustancias con la consecuente comisión de hurtos en casa, venta de bienes personales o familiares, la adquisición de deudas e incluso la participación en la venta o distribución de sustancias, lo cual debe considerarse en relación con otras manifestaciones de conducta antisocial que también mostraron una relación significativa con la severidad del uso de sustancias, a saber, la participación en riñas o pleitos callejeros, asaltos y robos a transeúntes, y el daño intencional a otras personas.

Estos hallazgos pueden servir de base para la construcción de indicadores del costo social del consumo de drogas que pueden ser útiles para la planeación y ajuste de programas orientados a la prevención y reducción de daños asociados al consumo de drogas.

En este sentido, hay que reconocer, sin embargo, que se requerirá confirmar los hallazgos obtenidos, con muestras de mayor tamaño, a fin de aumentar el poder estadístico de las pruebas e identificar relaciones significativas entre el uso de sustancias y otros factores que en el caso presente sólo aparecen esbozadas.

Antes de concluir, a manera de reflexión y con el afán de aportar algunos elementos cuantificables para la determinación del costo social, se enuncian los siguientes:

- ✓ Años por muerte prematura o de vida incapacitada, cuantificándolos desde el lado productivo por el ingreso per cápita no generado o bien, por el

29

ESTA TESIS FUE CALIFICADA
POR LA COMISIÓN

número de años perdidos laboralmente, considerando el ingreso promedio en salarios mínimos de acuerdo al estrato económico de la persona muerta o incapacitada.

- ✓ Costo/día de estancia en Centros de Readaptación Social; costo día/cama hospitalaria y costo medio por consulta, sesión o tratamiento completo en servicios de salud públicos.
- ✓ Costo de intervenciones médicas asociados a secuelas o incapacidades derivadas de la adicción (servicios psiquiátricos, psicológicos o internamientos a centros de salud mental, así como atención médica por accidentes o hechos violentos, principalmente), a partir de la duración del tratamiento, días de estancias hospitalaria, en terapia media o intensiva; horas/quirófano; y,
- ✓ Costo/por ausencia laboral o escolar.

En cuanto a la estimación económica de otros aspectos necesarios para conocer aún mas el costo social de esta enfermedad, será necesario establecer numerarios de aceptación general en rubros tan importantes como son:

- Pérdida de años de oportunidad para llevar a cabo una vida productiva;
- Deserción y bajo rendimiento escolar.
- Costo de oportunidad en la atención de servicios de salud públicos frente a otros demandantes de los servicios por enfermedades y padecimientos naturales, es decir ¿a quién se atiende?
- Gasto familiar extraordinario, en muchas veces catastrófico, por accidentes y lesiones de terceros o auto inflingidas, o aquellos, gastos asociados a la vida incapacitantes del enfermo que continúe o haya dejado de consumir drogas.
- Gasto que se repercute a la sociedad por la utilización de servicios de asistencia social.

Por último hay que señalar, que podría ampliarse la exploración de factores mediante el desarrollo de nuevos instrumentos y de la conducción de estudios comparativos que permitieran descartar la influencia de variables que seguramente intervienen en los resultados obtenidos, tales como edad, clase social y condición económica, escolaridad, etc. Así mismo, se requeriría determinar los factores de costo social identificados y su equivalencia económica.

Bibliografía

Castro, M.E., García, G., Rojas, E., De la Serna, J. (1988). *Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos*. Sal Púb Méx 3(2).

Castro, M.E., Pérez, M.A., De la Serna, J., Rojas, E. (1989). *Costo social del uso de marihuana vinculado a la realización de actos antisociales en la población estudiantil*. Rev Mex Psic 6(1).

Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. *Trastornos de ajuste psicosocial entre usuarios de drogas que inician tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. Informe de investigación 99-15, CIJ, México, 2000.

Stiglitz, E. Joseph. *La Economía del Sector Público*. 2ª. Edición Antoni Bosch Editor. México.

Frenk J, Lozano R, González-Block M.A et al. *Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. *El consumo de drogas en México*. México, 1999.

Escoholado, Antonio. *Historia General de las Drogas. Incluyendo el apéndice Fenomenología de las Drogas*. 2ª Edición. Espasa Calpe.1998.

Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. *Tendencias del consumo de drogas en Pacientes de Primer Ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil*. Informe de investigación 2000-06, CIJ, México, 2000.

Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil*. Informes de investigación 2000 01-01 2001 02-01, CIJ, México, 2000.

Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. *Reporte estadístico del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. Informe de investigación 2001-1b, CIJ, México, 2001.

Castro, M.E., Pérez, Tobilla, M. Conyer, R., et al. *Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México*, 2001. México, D.F.: Consejo Nacional Contra las Adicciones/Secretaría de Salud, 1994.

ANEXO

Cuadro 2. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (%)

| | Alguna vez | Último año | Último mes |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| Alcohol | 98.8 | 86.9 | 55.0 |
| Tabaco | 97.5 | 87.5 | 70.0 |
| Cocaína | 87.5 | 69.4 | 26.3 |
| Mariguana | 85.0 | 44.4 | 18.8 |
| Solventes inhalables | 43.8 | 17.5 | 3.1 |
| Depresores con utilidad médica | 41.9 | 23.1 | 6.9 |
| Anfetaminas | 35.0 | 18.8 | 5.0 |
| Metanfetamina | 24.4 | 15.0 | 2.5 |
| Alucinógenos | 22.5 | 6.3 | 0.6 |
| Sedantes | 18.1 | 5.0 | 2.5 |
| Heroína | 10.0 | 4.4 | 0.0 |
| Éxtasis | 8.8 | 5.0 | 0.0 |
| Otras sustancias | 5.6 | 1.3 | 0.6 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 3. Variables de consumo de sustancias psicoactivas

| Variable | Categorías | Frec. | % | % válido |
|--|----------------------------|-------|----------|----------|
| Frecuencia del uso de alcohol en el último año | Menos de una vez al mes | 26 | 16.3 | 16.9 |
| | Una o dos veces al mes | 35 | 21.9 | 22.7 |
| | Tres a nueve veces al mes | 41 | 25.6 | 26.6 |
| | Diez a veinte veces al mes | 14 | 8.8 | 9.1 |
| | Mas de veinte veces al mes | 18 | 11.3 | 11.7 |
| | No ha tomado esa cantidad | 20 | 12.5 | 13.0 |
| | Sin información | 6 | 3.8 | Se omite |
| Frecuencia de episodios de embriaguez en el último año | Menos de una vez al mes | 29 | 18.1 | 18.8 |
| | Una o dos veces al mes | 32 | 20.0 | 20.8 |
| | Tres a nueve veces al mes | 32 | 20.0 | 20.8 |
| | Diez a veinte veces al mes | 33 | 20.6 | 21.4 |
| | Sin información | 6 | 3.8 | Se omite |
| Frecuencia del consumo de drogas ilícitas en el último año | Menos de una vez al mes | 13 | 8.1 | 8.7 |
| | Una o dos veces al mes | 14 | 8.8 | 9.3 |
| | Tres a nueve veces al mes | 41 | 25.6 | 27.3 |
| | Diez a veinte veces al mes | 20 | 12.5 | 13.3 |
| | Mas de veinte veces al mes | 38 | 23.8 | 25.3 |
| | Ninguna | 24 | 15.0 | 16.0 |
| Sin información | 10 | 6.3 | Se omite | |

Continúa

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

| Variable | Categorías | Frec. | % | % válido |
|------------------------|---------------------------------------|-------|----------|----------|
| Droga de preferencia | Tabaco | 6 | 3.8 | 3.9 |
| | Alcohol | 23 | 14.4 | 14.8 |
| | Mariguana | 34 | 21.3 | 21.9 |
| | Cocaína y derivados | 60 | 37.5 | 38.7 |
| | Solventes inhalables | 5 | 3.1 | 3.2 |
| | Tranquilizantes (Valium, Royhpnol) | 8 | 5.0 | 5.2 |
| | Metanfetamina | 14 | 8.8 | 9.0 |
| | Éxtasis | 2 | 1.3 | 1.3 |
| | Heroína u otros opiáceos | 1 | 0.6 | 0.6 |
| | Otras sustancias | 2 | 1.3 | 1.3 |
| | Sin información | 5 | 3.1 | Se omite |
| Droga de mayor impacto | Tabaco | 4 | 2.5 | 2.6 |
| | Alcohol | 18 | 11.3 | 11.5 |
| | Mariguana | 29 | 18.1 | 18.6 |
| | Anfetaminas (Redotex) | 3 | 1.9 | 1.9 |
| | Cocaína y derivados | 64 | 40.0 | 41.0 |
| | Solventes inhalables | 8 | 5.0 | 5.1 |
| | Tranquilizantes (Valium, Royhpnol) | 6 | 3.8 | 3.8 |
| | Metanfetamina | 16 | 10.0 | 10.3 |
| | Éxtasis | 3 | 1.9 | 1.9 |
| | Heroína u otros opiáceos | 2 | 1.3 | 1.3 |
| | Otras sustancias | 3 | 1.9 | 1.9 |
| Sin información | 4 | 2.5 | Se omite | |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 4. Otras variables del factor trastornos de salud.

| | Baja | | Moderada | | Alta | |
|---|-------|------|----------|------|-------|------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| ¿Ha padecido alguna enfermedad? | 15 | 22.4 | 15 | 23.7 | 6 | 21.2 |
| ¿Ha sufrido alguna enfermedad que le haya impedido realizar sus actividades habituales? | 17 | 25.3 | 17 | 27.6 | 7 | 24.9 |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad que lo haya obligado a quedarse en cama? | 17 | 25.3 | 15 | 22.6 | 8 | 26.1 |
| ¿Ha estado hospitalizado? | 10 | 14.4 | 15 | 16.1 | 4 | 15.2 |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad que haya requerido tratamiento o rehabilitación prolongados? | 11 | 16.4 | 15 | 16.1 | 5 | 17.2 |
| ¿Ha recurrido ha servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.)? | 27 | 40.3 | 26 | 42.3 | 12 | 42.5 |
| ¿Ha recurrido ha servicios médicos privados? | 25 | 37.3 | 22 | 35.8 | 11 | 36.9 |
| ¿Ha hecho ud. o su familia gastos médicos frecuentes para su atención? | 13 | 19.4 | 13 | 21.6 | 6 | 20.4 |
| ¿Ha gastado ud. o su familia más de mil pesos en la compra de medicamentos para su atención? | 8 | 11.9 | 8 | 12.4 | 4 | 12.1 |
| ¿Ha gastado ud. o su familia más de mil pesos en el pago de algún internamiento para su atención? | 8 | 11.9 | 15 | 9.7 | 3 | 10.8 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 5. Otras variables del factor conducta antisocial.

| | Baja | | Moderada | | Alta | |
|--|-------|------|----------|------|-------|------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| ¿Ha tenido problemas con la policía por cometer alguna falta administrativa? | 20 | 29.9 | 15 | 29.0 | 8 | 28.3 |
| ¿Ha causado algún daño material a propiedades de otras personas? | 7 | 10.3 | 15 | 11.3 | 3 | 11.7 |
| ¿Ha cometido algún robo a casa habitación? | 0 | 0.0 | 8 | 12.1 | 3 | 10.3 |
| ¿Ha cometido algún robo de auto o autopartes? | 3 | 4.5 | 15 | 3.2 | 1 | 4.8 |
| ¿Ha cometido algún robo o asalto violento? | 1 | 1.5 | 1 | 1.6 | 1 | 2.0 |
| ¿Ha sido detenido alguna vez? | 24 | 35.8 | 23 | 37.6 | 11 | 37.7 |
| ¿Ha estado preso? | 8 | 11.9 | 6 | 10.1 | 3 | 9.4 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 6. Otras variables del factor *accidentes*.

| | Baja | | Moderada | | Alta | |
|---|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Fre c. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| ¿Se ha lesionado accidentalmente? | 27 | 40.3 | 25 | 39.7 | 11 | 39.3 |
| ¿Ha sufrido algún accidente que le haya impedido realizar sus actividades habituales? | 15 | 22.4 | 15 | 21.0 | 6 | 20.9 |
| ¿Ha tenido algún accidente que haya requerido hospitalización? | 5 | 7.5 | 15 | 8.1 | 2 | 7.9 |
| ¿Ha sufrido algún accidente que haya requerido tratamiento o rehabilitación prolongados? | 6 | 9.0 | 15 | 6.5 | 2 | 7.8 |
| ¿Ha lastimado accidentalmente ha otras personas? | 9 | 13.4 | 8 | 12.9 | 4 | 14.1 |
| ¿Ha propiciado algún accidente de tránsito en el que haya habido personas lesionadas? | 3 | 4.5 | 15 | 4.8 | 1 | 4.3 |
| ¿Ha propiciado algún accidente de tránsito en el que haya habido daños materiales cuantiosos? | 5 | 7.5 | 5 | 8.2 | 3 | 9.2 |

Cuadro 7. Variables de impacto del consumo de drogas en el ajuste laboral (n=142)

| | Baja | | Moderada | | Alta | |
|--|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Fre c. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| ¿Ha faltado al trabajo por enfermedad? | 35 | 24.5 | 64 | 44.9 | 43 | 30.6 |
| ¿Ha recibido licencia médica expedida por médicos autorizados? | 57 | 40.0 | 62 | 44.0 | 23 | 16.0 |
| ¿Ha faltado sin justificación al trabajo? | 20 | 13.9 | 69 | 48.6 | 53 | 37.5 |
| ¿Ha sufrido algún accidente de trabajo? | 57 | 40.0 | 54 | 38.0 | 31 | 22.0 |
| ¿Ha rendido menos en el trabajo que otros compañeros? | 26 | 18.4 | 55 | 38.8 | 61 | 42.9 |
| ¿Ha bajado su rendimiento en el trabajo? | 22 | 15.5 | 59 | 41.4 | 61 | 43.1 |
| ¿Han disminuido sus ingresos? | 26 | 18.1 | 67 | 47.2 | 49 | 34.7 |
| ¿Ha sido sancionado o suspendido de algún empleo? | 19 | 13.2 | 60 | 42.1 | 63 | 44.7 |
| ¿Ha sido despedido de algún empleo? | 19 | 13.5 | 54 | 37.8 | 69 | 48.6 |
| ¿Ha cambiado de trabajo más de dos veces? | 33 | 23.5 | 67 | 47.0 | 42 | 29.5 |

Cuadro 8. Variables de impacto del consumo de drogas en el ajuste escolar (n=39)

| | Baja | | Moderada | | Alta | |
|--|-------|-----------|----------|-------|-------|-----------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| ¿Ha faltado a clases con frecuencia? | 8 | 21.1 0 | 12 | 31.60 | 18 | 47.4 0 |
| ¿Ha faltado sin justificación a la escuela? | 8 | 20.8 0 | 15 | 37.50 | 16 | 41.7 0 |
| ¿Ha sido sancionado en la escuela por problemas de conducta? | 10 | 25.0 0 | 16 | 41.70 | 13 | 33.3 0 |
| ¿Ha reprobado más de una materia? | 12 | 32.0 0 | 14 | 36.00 | 12 | 32.0 0 |
| ¿Ha bajado de promedio en sus calificaciones? | 15 | 39.0 | 12 | 31.0 | 12 | 30.0 |
| ¿Lo han suspendido de la escuela? | 12 | 30.0 0 | 16 | 40.00 | 12 | 30.0 0 |
| ¿Lo han expulsado de la escuela? | — | — | 17 | 42.9 | 22 | 57.1 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**