



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

“ANÁLISIS DE LA DROGADICCIÓN, EN LA ETAPA ADOLESCENTE EN LOS AÑOS 1980-2000”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
A C T U A R I A

PRESENTA

LOURDES GLAFIRA LÓPEZ ROLDÁN

DIRECTORA DE TESIS

ACT. LETICIA DANIEL ORANA



FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR

MÉXICO, D.F.

2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lourdes G. Lopez Roldán
FECHA: 20. Abril. 04
FIRMA: [Firma]

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

" Análisis de drogadicción, en la etapa Adolescente en los años 1980-2000 " realizado por López Roldán Lourdes Glafira con número de cuenta 08500464-5 , quien cubrió los créditos de la carrera de: Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

Act. Leticia Daniel Orana Leticia Daniel Orana

Propietario

Act. Carlos Flavio Espinosa López Carlos Flavio Espinosa López

Propietario

Act. Laura Miriam Querol González Laura Miriam Querol González

Suplente

Act. Noemi Velázquez Sánchez Noemi Velázquez Sánchez

Suplente

Act. Ana Laura Duarte Ana Laura Duarte

Consejo Departamental de Matemáticas

[Firma]
M. en C. José Antonio Flores Díaz
CONSEJO DEPARTAMENTAL DE MATEMÁTICAS

Agradecimientos

A Dios por su grandeza

A mis papás ya que gracias a ellos soy quien soy:

A mi mamá Gude Roldán Orozco:

Eres una gran mujer a la cual admiro mucho, por tu ejemplo de lucha, de trabajo, de responsabilidad; por tu amor, tus cuidados, tus desvelos, tu apoyo, y sobre todo por enseñarme a ser feliz. Sabes que siempre estás en mi corazón, y que ruego a Dios me dé la bendición de seguirte disfrutando a mi lado por muchos años más, para seguir teniendo logros contigo.

Gracias

A mi papá Israel López Negrete:

Sabes!: te quiero mucho, siempre has estado al tanto de mis cosas, mis dificultades, mis anhelos, tú me has enseñado el estudio, aunque algunas veces no ha sido fácil entenderme, me he caído y tú me has ayudado a levantarme.

Te pido por favor que recuerdes que: saber perdonar es la llave de la paz y la libertad.

Espero que estés orgulloso de mí.

A mi amor... Sergio:

Gracias a tu amor, comprensión y apoyo incondicional que siempre me has dado, he podido terminar un éxito más en la vida. Estoy orgullosa de ti por lo que has hecho, por tu carrera, por ser el padre de mis hijos y por el amor y el cuidado que les has tenido.

No claudiques con la familia que Dios te ha otorgado, no desaproveches la oportunidad para hacer una familia fuerte y para seguir teniendo éxito juntos.

A mis grandes amores Isra y Andrés:

Por entender que el tiempo que dejaba de invertir en ustedes era para lograr una satisfacción propia que después será compartida. Aunque están pequeños sé que me entienden, espero que a través del tiempo sea un estímulo y orgullo para ustedes, ya sea en su vida personal o profesional, mi más grande deseo es hacerlos y verlos felices.

Los amo mucho.

A mi hermana Andrea:

Porque te quiero mucho y nunca te olvidó.

Gracias.

A mi hermana Maye:

Aunque diferimos mucho tú sabes que te quiero. Quisiera que te sirva de estímulo para que sigas estudiando, siempre te voy a apoyar (enojona).

Recuerda: hay que seguir sin juzgarnos a cada paso que damos.

A mis amigos: Eugenia, Javier, Eduardo, Arturo, Ismael:

Me han enseñado muchas cosas, entre ellas a ser fuerte y no dejarme vencer. Por su amistad, su apoyo y ayuda que me ha servido para mi vida personal y profesional.

Ya todos aquellos que se atravesaron en mi vida dejando una huella importante también les doy las gracias.

Espero que disfruten este momento tanto como lo estoy haciendo yo.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México:

Por haberme permitido estudiar en sus instalaciones. A cada uno de los profesores que dedicaron su tiempo en mi formación profesional. A ENP #2 y a la misma Facultad de Ciencias.

Y sobre todo a mi directora de tesis Act. Leticia Daniel Orana; con respeto y admiración por haberme aceptado este proyecto, gracias por su apoyo, comprensión y dedicación.

Un especial agradecimiento a la Act. Laura Miriam Querol González, a la Act. Noemí Velásquez Sánchez, al Act. Carlos Flavio Espinoza López y a la Act. Ana Laura Duarte Carmona, por todo su tiempo y el apoyo que recibí en todo momento, y por haber compartido conmigo su sabiduría.

Mi más sincero agradecimiento a todos ustedes y que sigan teniendo salud y éxito en sus vidas.

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I.	3
CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN EL D.F., MONTERREY Y GUADALAJARA.	3
1.1 Importancia de los jóvenes.	3
1.2 Tipos de droga.	5
1.3 Clasificación de las drogas.	6
1.4 Causas, efectos y consecuencias del abuso.	7
Cannabis Sativa –Hachis – Marihuana.	8
Barbitúricos y sedantes.	9
Químicos inhalables.	10
Daños físicos que causan los químicos inhalables.	13
Anabólicos esteroides.	14
Peligros que acarrea su uso.	14
Opio.	15
Aspectos parciales de las toxicomanías.	15
Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.	16
Heroína.	16
Coca.	17
Cocaína.	17
Crack.	19
Speedball.	19
Anfetaminas.	19
Éxtasis MDMA.	20
1.5 Estado civil de la población adolescente.	21
CAPÍTULO II.	24
EDUCACIÓN.	24
2.1 Antecedente.	24
2.2 Objetivos de la Educación en México.	24
Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León.	26
Prevalencias en el consumo de drogas en muestras de estudiantes (2000-2001) Distrito Federal.	28
Identificación de factores de riesgo psicosociales ante las adicciones en adolescentes de secundaria en Ciudad Guzmán, Jalisco.	29
2.3 Programas de Asistencia al adolescente.	32
Programas preventivos y de intervención.	33
2.4 Educación y capacidad de aprendizaje del adolescente.	34

2.5 Influencia de los medios masivos de comunicación en la farmacodependencia.	38
Consumo de sustancias.	41
Drogas médicas.	42
Drogas ilegales.	42
CAPÍTULO III.	44
SALUD.	44
3.1 Antecedente.	44
3.2 Los perfiles de salud.	44
3.3 Principales causas de muerte.	47
Morbilidad.	47
Mortalidad.	48
Muertes por accidentes y violencia.	48
Sistema epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).	49
3.4 Instituciones de asistencia al adolescente.	57
Servicio de tratamientos.	57
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).	59
Consumo de Heroína.	60
Droga de impacto.	61
Centros de Tratamiento en zona Norte.	62
Centros de tratamiento Zona Centro.	63
Consejos tutelares de menores.	63
3.5 Centros de Atención de la Salud.	67
Servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel de atención y en servicios de emergencias médicas.	67
Servicios médicos forenses (semefo).	67
Centros de Integración Juvenil.	68
Sistema de información epidemiológica del consumo de drogas (SIECD) Centros de Integración Juvenil.	70
Instituto Mexicano del Seguro Social.	72
Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID).	73
CAPÍTULO IV.	74
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA.	74
4.1 Indicador en la estructura económico social.	74
4.2 Asistencia Social.	76
4.3 Variaciones en los niveles de participación.	79
4.4 Participación en la actividad económica por edades.	81
CONCLUSIÓN	83
BIBLIOGRAFÍA.	85

ANEXO.	86
Principales indicadores del incremento demográfico.	86
Cuestionarios.	92
GLOSARIO.	96

Introducción.

Este trabajo se realiza con el objeto de conocer como ha ido creciendo la drogadicción en la etapa adolescente en los años 80, 90 y 2000.

El crecimiento demográfico aunado a la drogadicción, a la edad, sexo, estado civil y escolaridad nos permite realizar dicha investigación. Aprovechando los conocimientos adquiridos del actuario para analizar, explicar y sintetizar a través de las tasas, las estadísticas, las gráficas, los indicadores, las frecuencias, etc. Mismo que nos permite acercar, concientizar, sensibilizar a los actuarios, jóvenes, padres, profesores, médicos y toda persona relacionada con los adolescentes y la posibilidad de educar.

Se analizan la evolución de las tasas de crecimiento poblacional y así mismo se toma la estructura por edad, sexo, droga de preferencia, estado civil, escolaridad, asistencia social, población económicamente activa, población económicamente inactiva por lo que todos los indicadores relacionados con los mismos.

Uno de los objetivos del estudio es analizar si los resultados obtenidos que indican algún impacto sobre la población adolescente adicta.

También tiene como objetivo confirmar como ha ido creciendo el índice de drogadicción en la etapa adolescente.

Con este trabajo se quiere confirmar que la hipótesis:

- De los indicadores demográficos en cuanto al inicio de edad de los adolescentes ha crecido.
- Las tasas de adicción han aumentado en cuanto a la edad, sexo, droga.

Finalmente se realiza el análisis a nivel Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco con el objetivo de hacer un análisis comparativo de los tres casos. Se hizo este estudio por que los tres estados son los más grandes en cuanto a población.

En el Capítulo I, comenzaremos con el tipo de drogas, clasificación de drogas, consecuencias de la drogadicción en la etapa adolescente, el abuso, las causas y efectos, el estado civil de la población adolescente.

En el Capítulo II con respecto a la educación se observa que la población de 1995, casi 5.1 millones carecen de la instrucción o no tienen la primaria completa, lo que se traduce en una población con un evidente déficit educativo, siendo este déficit mayor para las mujeres. La falta de instrucción es garantía de exclusión y segregación laboral, los objetivos de la educación, los programas de asistencia al adolescente, influencia de los medios masivos de comunicación afectan la fármaco dependencia.

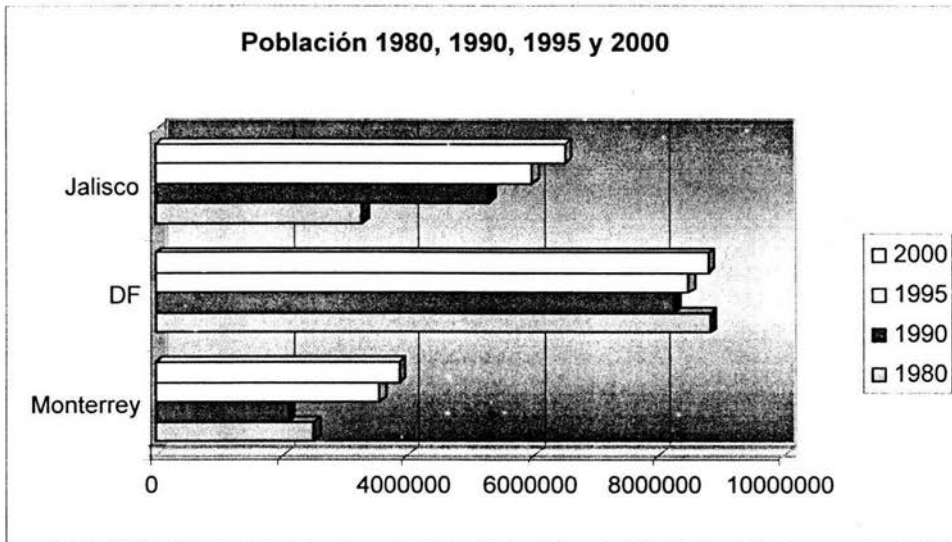
El capítulo III se refiere a la salud, señalando los índices de mortalidad más importantes dentro de la etapa adolescente, aquellos relacionados al consumo de sustancias como la droga, así como las instituciones de asistencia al adolescente y centros de atención.

Con relación al capítulo IV analizaremos la población adolescente económicamente activa y población económicamente inactiva, la participación en la actividad económico-social por edades.

Capítulo I.

Crecimiento de la Población en el D.F., Monterrey y Guadalajara.

1.1 Importancia de los jóvenes.



Hasta hace cincuenta años, el período se definía en dos sentidos por su referente adulto, es decir, por la expectativa de los jóvenes en convertirse en adultos lo más pronto posible o por su estado transitorio, que sólo entendía la condición juvenil como un mero paso entre la edad infantil y la condición adulta; por tanto, no se le concedía un estatuto propio. En los años siguientes, con la masificación de la enseñanza, la industrialización y urbanización del país y la creciente importancia de los medios de comunicación masiva, entre otros factores, se comenzaron a conjuntar condiciones y circunstancias que propiciaron la visualización de un tipo de jóvenes: los estudiantes —que pronto se equipararon a la imagen de la condición juvenil por excelencia— y se convirtieron en protagonistas de una transformación cultural y política, que impactó hasta finales de la década de los años setenta.

Los años ochenta revelaron otros actores juveniles; las mujeres, quienes empezaron a incorporarse fuertemente al mercado de trabajo, y los jóvenes de los sectores populares, quienes mediante sus agrupaciones se hicieron visibles en los

centros urbanos, sobre todo en las zonas periféricas que comenzaron a rodear las grandes ciudades del país.

La llegada de la década de los noventa visibilizó lo que hasta entonces permanecía oculto: la multiplicidad de rostros y formas diferenciadas de vivir del período juvenil. De tal manera que la heterogeneidad y complejidad de sus situaciones muestran un amplio mosaico en función de la edad, el sexo, el origen social, la etnia, la región de pertenencia y la escolaridad; que junto con otras condicionantes simbólicas transforman en una infinidad de adscripciones de identidad que los jóvenes apropian en función de variables culturales, como la música, el estilo de vestir o peinarse, sus preferencias literarias, forma de convivencia y otras actitudes, a las cuales les dan nuevos significados y llegan a ser parte fundamental de las llamadas culturales juveniles.

Así, el período juvenil sufre una transformación en el imaginario y en la realidad social, ya que se convierte de un estado transitorio –un pasar-, a un territorio en sí mismo –un estar-, que en la vida de los individuos pasa a ser un lapso cuantitativamente importante (pues en algunos casos se alarga hasta por 20 años); y decisivo en lo cualitativo, debido a que es cuando se toman las decisiones más trascendentales (la salida de la escuela, el primer trabajo, la primera relación sexual, la primera unión de pareja o la primera salida del hogar paterno/materno, el primer hijo, etcétera), las cuales afectarán de forma determinante su curso de vida.

De aquí la importancia de entender el espacio juvenil no como una sola entidad compartida por la totalidad del grupo de individuos que se encuentran entre un determinado rango de edad, sino como la multiplicidad de elementos que, de manera diferenciada, comparten los jóvenes en un momento histórico determinado y en un territorio específico, lo que produce una condición juvenil concreta, como es el caso de México a inicios del siglo XXI.

Esta condición juvenil en nuestro país se hace latente por la modificación y multiplicidad de las trayectorias hacia la emancipación. El trayecto tenía un circuito lineal que empezaba en la familia paterna, continuaba en la escuela, proseguía al empleo y a la participación social y/o política, y culminaba con la constitución de una nueva familia. Si esta meta-destino sólo se producía en ciertos sectores sociales o se refería únicamente a un grupo muy particular de jóvenes, no importaba; en el horizonte social se aceptaba que éste era el camino adecuado para obtener la inserción social de la “adultez” y la forma “normal” para acceder a la ciudadanía.

La dinámica del cambio y las constantes transformaciones afectan las formas sociales de representación de lo juvenil, lo que provoca una enorme diversidad de visiones, percepciones y formatos para vivir el período juvenil. Los jóvenes actuales se enfrentan a procesos complicados de exclusión que tienen que ver con la complejidad para lograr la independencia económica y los obstáculos para la auto administración de los recursos disponibles y la autonomía personal; por tanto, estamos ante jóvenes en procesos de semiemancipación, es decir, jóvenes

que trabajan pero siguen viviendo en la casa paterna, jóvenes en pareja que no pueden conseguir vivienda propia, jóvenes que alargan sus estudios porque no encuentran trabajo, etcétera.

Según datos del XII Censo General de Población y Vivienda, durante el año 2000, la población total de México alcanzó alrededor de 97.4 millones de habitantes, de los cuales 33,613,437 son jóvenes entre 12 y 29 años de edad, 34.5% de la población total. De ellos 48.5% son hombres y 51.5% mujeres.

Las tendencias recientes de fecundidad y mortalidad no sólo han determinado el crecimiento de la población, también ha incidido en la composición actual por edades.

La caída inicial de la mortalidad, que ocurre de manera interrumpida desde la década de los treinta, y la declinación de la fecundidad que se remonta a fines de los años sesenta, han marcado el punto de arranque de la transición demográfica en la que se encuentra actualmente el país. Según el Consejo Nacional de Población (Conapo), el crecimiento de la población joven es más dinámico que el de los grupos de menor edad, ya que todavía se ve influido por la elevada fecundidad del pasado; pero la desaceleración del crecimiento demográfico no ha impedido que la población siga aumentando rápidamente en número absolutos.

De acuerdo con las proyecciones de población del CONAPO, se espera que el sector juvenil (de 17 a 29 años), que alcanzó su participación relativa más alta dentro del total de la población en los primeros años de la década de los noventa (37% en 1995), se estabilice con una meseta que continuará hasta el año 2030 y comenzará un paulatino decrecimiento hasta llegar a representar, para el año 2050, sólo el 19.2% del total de la población.

Esta transformación de la estructura por edad de la población dará lugar a una ventana de oportunidad demográfica transitoria, que permanecerá abierta en el curso de las próximas tres décadas. Durante este período, concurrirán las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo económico en la historia contemporánea de México; la población en edad laboral aumentará y la población de dependientes menores de 15 años disminuirá. Sin embargo, la ventana de oportunidad empezará a cerrarse a medida que las presiones para atender las demandas del envejecimiento demográfico sean mayores.

1.2 Tipos de droga.

El término droga se utiliza para referirse a aquellas sustancias que provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción. Este término incluye no solo las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas

como el café; además de sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles. No existe "la droga", sino diversas sustancias, más o menos adictivas, consumidas de distintas formas por personas diferentes, y que pueden dar lugar a varios tipos de situaciones más o menos problemáticas.

Las drogas no son en sí mismas positivas ni negativas. Del significado que para una persona concreta y su entorno social tengan los efectos de una determinada sustancia, dependerá de su consumo pueda acabar resultando problemático.

La Fármaco-dependencia es un síndrome de carácter social, psicológico y biológico complementarios que se manifiestan mediante un estado psíquico y a veces físico causado por la introducción de un organismo vivo y un fármaco o droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación

Esta definición abarca prácticamente todo lo que la gente ingiere, inhala, se inyecta o absorbe, excluyendo los alimentos, el agua, el oxígeno, etc. Comprende las medicinas de venta autorizada, las clandestinas, las que reciben el nombre de bebidas o cigarrillos.

1.3 Clasificación de las drogas.

Existen varias formas de clasificar las drogas. Pueden agruparse de acuerdo a las partes del cuerpo sobre donde actúan sus propiedades químicas, a su efecto fundamental y a la acción que ejercen en contra de enfermedades o síntomas particulares.

Para nuestro enfoque, diremos que las drogas o fármacos se clasifican en tres grupos principales de drogas psicotrópicas son las siguientes:

1. Psicolépticos (depresores del sistema nervioso central). A este grupo pertenece el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína, codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (aunque éstas son igualmente alucinógenas).
2. Psicoanalépticos o Psicotónicos (estimulantes del sistema nervioso central), grupo al que pertenecen las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y la cafeína.
3. Psicodislépticos (perturbadores del sistema nervioso central), que incluyen a los alucinógenos (LSD, mezcalina, psilocibina) y el cannabis (marihuana). Esta última es una droga ambivalente, a la vez estimulante y tranquilizante, pero también puede provocar distorsión sensorial y en casos raros alucinaciones. Puesto que tienen otras características aparte de las del

grupo principal, se suele igualmente clasificar a la cannabis y a los inhalables como dos categorías independientes de drogas.

Algunas de estas drogas son naturales, como es el caso del cannabis y sus preparados (Marihuana y Hachis): La coca uno de sus componentes activos: La cocaína; el opio y sus componentes activos (morfina, codeína).

Otras son sintéticas (es decir, se necesita algún tipo de elaboración química para su obtención) como la LSD, las anfetaminas (benzodrina, dexedrina); los barbitúricos (fenobarbital); los tranquilizantes (librium, valium). Otras más son productos químicos industriales como los llamados inhalables (gasolina, tolueno, thinner, cemento, plásticos, pegamentos industriales, etc.

1.4 Causas, efectos y consecuencias del abuso.

Los efectos psicotrópicos de las drogas son complejos y multiformes, variables según los estímulos ambientales. Pueden clasificarse en euforizantes y excitantes (cocaína, anfetaminas, alcohol), en su primera fase nicotina en su segunda fase, relajantes, sedantes y depresores (opiáceos-heroina, morfina-, benzodiazepinas-ansiolíticos, relajantes musculares e hipnóticos-, alcoholicen su segunda fase, nicotina en su primera, barbitúricos, cannabis, marihuana, inhalantes)

Adicción: Es la necesidad imperiosa de consumir droga regularmente (no ser capaz de moderar el consumo o suprimirlo). Viene determinada por fenómenos psíquicos y físicos)

Taquifilaxia: Es la necesidad imperiosa de consumir dosis cada vez mayores para conseguir los mismos efectos. Además a las drogas se añade un fenómeno de "tolerancia" psicológica.

Los cuadros de abstinencia siempre son psicológicos y en el caso de algunas drogas, son además síndromes físicos, que pueden resultar mortales. Pueden controlarse con medidas terapéuticas sintomáticas o substitutivas (sustancias menos nocivas, de efectos parecidos, que se retiran progresivamente.

Estimulantes: Son aquellas drogas que alteran el estado mental estimulando, el sistema nervioso y en consecuencia la actividad funcional de todo el organismo, estas son:

Anfetaminas: Grupo de estimulantes sintéticos que se han utilizado médicamente para inhibir el apetito y remediar las depresiones leves.

Cocaína: Es una droga ilegal, considerada el más potente de los estimulantes. Produce efectos similares a la de las anfetaminas fuertes. Ocasiona dependencia psicológica por el deseo de sentir sus fuertes efectos, no se tiene la seguridad que produzca dependencia física.

Alucinógenos: Estos fármacos pueden ser naturales o sintéticos. Todas son ilegales y carecen de utilidad médica. La mayoría de ellos no producen dependencia física, pero sí psicológica. Producen alteraciones mentales, emocionales y de comportamiento.

Cannabis Sativa –Hachis – Marihuana.

El cannabis sativa es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, puede llegar a una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachis. Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque puede provocar temblores, insomnios, muy similares a los de las benzodiacepinas.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente en resina del arbusto o en aceite desprendido de este último. El color de la hoja va del verde amarillento al marrón oscuro, según el lugar de procedencia. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: "marihuana" es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como "hierba", "marijuana", "mariguana", "mota", "mafú", "pasto", "maría", "monte", "moy", "café", "chocolate", "chala", etcétera; en inglés se le conoce como: "pot", "herb", "grass", "wee", "Mary Jane", "reefer", "skunk", "boom", "gangster", "kif", "ganja", etcétera); su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachis. El nombre hachis (también conocido como "hashis") deriva de los terribles asesinos (hashiscibs) árabes, que combatieron en las cruzadas entre los años 1090 y 1256. El hachis se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor. La marihuana es la forma más frecuente, conteniendo 0.3% a 3.5% de THC; la concentración de THC llega al 10% en el hachis, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachis, implica efectos psicológicos similares a los expresados en la forma de fumar pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

Las modalidades de marihuana disponibles a los jóvenes son más potentes que las que existían en la década de los 60s. Ello se debe a que los laboratorios clandestinos de los traficantes han conseguido realizar cambios a nivel genético en el cannabis mediante sofisticados métodos de biotecnología, resultando en una mayor concentración de THC. La potencia de la droga se mide de acuerdo a la cantidad promedio de THC que se encuentra en las muestras de marihuana que confiscan las agencias policíacas. La marihuana común contiene un promedio de 3.5% de THC. El hachis (resina gomosa de las flores de las plantas hembras)

puede tener hasta 28% de THC. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16% de THC, pero puede llegar a tener hasta 43%.

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria. Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar los eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y dificulta el aprendizaje bajo influencia de la droga. Para que una persona pueda aprender a desempeñar tareas que requieren de más de dos pasos, es necesario que tenga una capacidad normal de memoria a corto plazo. Estudios recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años.

- **Cáncer:** la marihuana contiene químicos cancerígenos que también se encuentran en los cigarrillos, pero en mayores concentraciones. Los estudios demuestran que quien fuma cinco cigarrillos de marihuana a la semana consume la misma cantidad de químicos cancerígenos que una persona que fuma un paquete de cigarrillos al día. El humo de la marihuana y del tabaco cambian los tejidos del sistema respiratorio. Hay evidencias de que el humo de la marihuana contribuye al desarrollo temprano del cáncer de cabeza y de cuello.
- **Trastornos reproductivos:** la marihuana afecta las características y función sexual masculina y femenina. Se ha comprobado una estrecha relación entre su consumo y esterilidad. Las dosis altas de la droga pueden posponer la pubertad en los varones y tener efectos adversos en la producción de esperma. Entre las mujeres, puede cambiar el ciclo menstrual normal e inhibir la producción de óvulos. La disminución del consumo tanto de marihuana como de alcohol y otras drogas es fundamental para los tratamientos de fertilidad.
- **Trastornos inmunológicos:** los estudios muestran que la droga impide la función normal de las células T, cuando se trata de defender al sistema respiratorio de ciertos tipos de infecciones. Las personas que tienen el virus HIV, o cuyos sistemas inmunes no funcionan adecuadamente deben evitar su uso.
- **Trastornos respiratorios:** quienes fuman regularmente suelen tener los mismos problemas respiratorios que quienes fuman tabaco. Tienen síntomas como tos crónica y flemas (bronquitis crónica) y tienen más resfriados. El uso continuo de la marihuana puede resultar en función anormal de los pulmones y las vías respiratorias. Se ha encontrado evidencia de que el humo de la marihuana puede destruir o dañar el tejido pulmonar.

Barbitúricos y sedantes.

Son los fármacos más utilizados en los países desarrollados. En 1987 se describieron los primeros cuadros de dependencias a tranquilizantes como el

paraaldehído, habiéndose extendido posteriormente a sustancias como cloral, barbitúricos, diacepan, meprobanato, matacuolana, etc. El consumo de estas sustancias está excedido en toda la población sin haberse detectado grupos sociales o de edad determinados, aunque están más predispuestas las mujeres. En pequeñas dosis se utilizan como ansiolíticos, es decir, como fármaco que mitiga la angustia e intranquilidad, y en grandes cantidades sus efectos son embriagadores, similares a los que puede producir el alcohol.

La síntesis del primer barbitúrico se sitúa en 1863, habiendo en la actualidad más de 2500 derivados de esta sustancia. El barbital o dietil-barbitúrico fue comercializado en 1903, teniendo gran difusión años después. Estas sustancias provocan una dependencia física y psíquica, así como tendencia a aumentar el consumo por el grado de tolerancia que poseen. Los sujetos con base neurótica son los más predispuestos a la dependencia de esta sustancia, al desear aliviar la ansiedad que sufren. La mortalidad por sobredosis es elevada, siendo el tipo de fármaco más utilizado para el suicidio. El consumo simultáneo con alcohol es frecuente, creando interacciones potenciadoras de los efectos de ambas drogas, caracterizadas por trastornos en la coordinación psicomotriz y por el descenso del nivel de conciencia. A grandes dosis pueden presentarse cuadros comparables al "delirium tremens" del alcohol.

Químicos inhalables.

Dentro de este grupo de sustancias pueden situarse:

- Adhesivos, colas, tolueno, xilen, acetona, benzoles, benzaldehído
- Aerosoles-spray, gases propelentes
- Cementos plásticos, hexano
- Solventes de pinturas, barnices y esmaltes, petróleo, butano, trementina
- Líquidos para limpieza, xileno, benzol, éter de petróleo
- Éter anestésico, éter etílico
- Combustibles, bencina, naftas
- Thinner, hidrocarburos halogenados
- Vasodilatadores, nitrito de amilo, nitrito de butilo

El consumo de estas sustancias presenta graves problemas sanitarios. Sus consumidores son principalmente marginales, especialmente niños, aunque la adicción también se da con relativa frecuencia en ciertos grupos profesionales. Las edades más frecuentes del uso crónico son al principio y al final de la adolescencia. Esto se debe en parte a la invitación o presión por parte de los compañeros de escuela y amigos, curiosidad e ignorancia de los efectos tóxicos e inseguridad personal. Lo más importante es la ignorancia del problema en la casa y la negación de los padres de que sus hijos puedan tener ese problema. Los motivos del consumo se deben a la curiosidad, el aburrimiento, falta de estímulos, desarraigo y anomia. En el caso de los profesionales el contacto habitual con las

sustancias puede crear una adicción involuntaria; la adicción voluntaria es menos frecuente aunque no excepcional. Generalmente estos productos son fáciles de obtener y están al alcance del adicto, son muy baratos, y no precisan de instrumentos para su uso. Asimismo, no es necesario contactar a un criminal para obtenerlos. Su uso puede hacerse en cualquier lugar, son fáciles de esconder y difíciles de detectar. Otro factor muy importante es el desconocimiento de las consecuencias y peligros de su uso.

Estas sustancias se consumen en determinadas zonas rurales, así también en ambientes marginales o de bajos recursos, donde son de las pocas drogas a las que tiene acceso fácil. Ello agrava el problema de una sustancia legal que es utilizada de forma incorrecta. La adicción a estas sustancias es el paso previo a otras drogas, llevando situaciones irreversibles. Esto suele ser desconocido tanto por la familia como por el entorno social, dado que estas sustancias pasan desapercibidas y no son relacionadas con adicciones. Hay tres grandes grupos de consumidores:

1. Niños adolescentes de poblaciones marginadas que consumen en grupo.
2. Adultos que acceden al químico por su profesión o por asociación con grupos de personas de hábitos similares.
3. Adultos marginales que inhalan las sustancias igual que los niños, pero en solitario.

El aspecto familiar es determinante para entender el fenómeno, habiéndose constatado cómo los inhaladores también presentan problemas con el alcohol, siendo de una clase social media baja y baja, y con problemas de abandono familiar.

El uso continuado provoca dependencia psíquica, creando una situación de necesidad de ingesta similar a otras drogas. A consecuencia de la rápida distribución por los pulmones, el inicio de la intoxicación es inmediato. Se relaciona el consumo de estas sustancias con conductas criminales autodestructivas. La sensación de euforia primero y aturdimiento después, habitual con estos tóxicos, conlleva una perturbación psíquica grave que altera la inteligencia y la percepción. Está acreditado el fenómeno de la tolerancia respecto de los efectos en el sistema nervioso central, mientras que la dependencia física es discutida. El nivel de inteligencia disminuye, haciendo frecuentes los problemas escolares. Se presentan cambios y descuido en la apariencia física, falta de higiene, falta de atención, alteración de la memoria, disminución de la capacidad de abstracción y razonamiento, personalidad antisocial, agresividad, depresión, ataques de pánico, ansiedad y alucinaciones con trastorno en el juicio crítico y la percepción. Se presenta ataxia, oraciones incoherentes y precipitadas, deplorable, náuseas y vómitos. La interrupción de la inhalación, cómo así también una intensa aspiración, pueden provocar la muerte.

Son causales de dependencia psíquica, pudiéndose presentar psicosis tóxicas con daños cerebrales irreparables. Los inhalantes producen una fácil

sugestionabilidad, dándose experiencias alucinatorias colectivas, lo que da ejemplo de la complejidad de la intoxicación. También provoca sentimientos paranoides y excitación sexual. Se considera que la embriaguez por inhalantes es de mayor gravedad que la alcohólica, a pesar que los efectos de la intoxicación son muy prolongados.

Uno de los inhalables adictivos más difundidos es el tolueno, sustancia que se presenta en cierto tipo pegamentos para cuero, gomas, caucho, corchos, cartones, etc. Es una de las sustancias que mayores trastornos ocasiona, por lo que en Argentina fue prohibida su venta a menores de edad y se tiende a su supresión. Se considera que el límite de este tóxico que puede aspirarse sin sufrir efectos secundarios es de una concentración de la sustancia en el aire de 100/1000,000. La intoxicación se presenta con 1.5 microgramos, siendo el cuadro muy grave si se llega a 10 microgramos. Los efectos agudos acostumbra a durar entre 30 y 45 minutos. Las consecuencias psico-perceptivas del consumo de este tipo de sustancias es alarmante, presentándose cuadros de exaltación, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, como así también ilusiones catatímicas.

El pegamento plástico y los correctores ortográficos contienen químicos adictivos, siendo muy utilizados por menores y adolescentes, habiendo aumentado considerablemente su consumo en los últimos años. En un principio, las primeras ingestas suponen un estado de euforia o subida del ánimo, pero tras instalarse la tolerancia que se desarrolla tras semanas o meses los consumidores habituados deben inhalar varios tubos de sustancia para obtener el efecto deseado. La intoxicación se caracteriza por euforia, excitación, sensación flotante, vértigo, habla farfullante y ataxia. La inhalación va acompañada de pérdida de inhibición con sensación de fuerza y capacidad no reales. La intoxicación otorga agresividad, euforia, exaltación y situaciones violentas, por lo que se elevan las posibilidades de comisión de delitos, a lo que siguen, al igual que el alcohol, periodos de amnesia donde el adicto no recuerda absolutamente nada de lo acaecido durante la intoxicación. En ocasiones aparecen alucinaciones visuales que pueden llegar a durar varias horas, lo que demuestra su gran potencial perturbador. Todo ello hace recomendable que padres y docentes realicen un control y seguimiento en la utilización de pegamentos y correctores ortográficos.

Debido a que el efecto dura de 15 a 45 minutos, el adicto tiende a inhalar nuevamente la sustancia tóxica. Pueden presentarse náuseas, vómitos y anorexia. Inmediatamente después del uso pueden presentarse convulsiones, estado de coma, y muerte súbita por arritmia, fallas cardíacas, asfixia o accidente vascular cerebral. Luego de algunas horas, puede desarrollarse acumulación de líquido e inflamación de los pulmones (edema pulmonar), hipoxia o anoxia, neumonías, convulsiones. El uso repetido o crónico deja daño permanente en el organismo: temblores, falta de coordinación, pérdida del sentido del equilibrio, reducción de la memoria e inteligencia, estados de depresión o psicosis, infartos cerebrales, trastornos del lenguaje y la memoria, epilepsia, trastornos en la sensibilidad y movimiento de las extremidades, daño al hígado y riñones, leucemia, bronquitis

crónica, ceguera, sordera, daño cerebral permanente, problemas respiratorios crónicos.

Daños físicos que causan los químicos inhalables.

- **Cerebelo:** Es el centro de la mayoría de las funciones involuntarias del cuerpo. El abuso severo de inhalables daña los nervios que controlan los movimientos motores, lo que resulta en pérdida de la coordinación general. Los adictos crónicos experimentan temblores y agitación controlable.
- **Cerebro:** Las sustancias inhalables afectan diferentes partes del cerebro, provocando alteraciones sensoriales y psicológicas. Los estudios indican que estas sustancias disuelven la capa protectora de mielina que envuelve a las neuronas, dañando la corteza cerebral y pudiendo derivar en muerte celular (irreversible). Esto acarrea cambios permanentes de personalidad, pérdida de memoria, alucinaciones y problemas de aprendizaje.
- **Corazón:** El abuso de inhalables puede resultar en "Síndrome de la Muerte Súbita por inhalables". Las dos sustancias que más frecuentemente han causado estas muertes son el tolueno y el gas butano. El gas freón interfiere en el ritmo natural del corazón, causando paro cardíaco. Los nitratos de amilo y butilo también afectan el ritmo cardíaco.
- **Hígado:** Los compuestos halogenados, como el tricloroetileno (presente en pinturas en aerosol y correctores escolares líquidos) causan daño permanente a los tejidos hepáticos.
- **Médula ósea:** Se ha probado que el benceno, componente de las naftas y gasolinas, causa leucemia.
- **Músculos:** El abuso crónico de inhalables causa desgaste de músculos, reduciendo el tono y su fuerza.
- **Nervios craneales, ópticos y acústicos:** El tolueno atrofia estos nervios, causando problemas visuales y pobre coordinación de los ojos. Además, destruye las células que envían el sonido al cerebro. Ello deriva en grandes posibilidades de ceguera y sordera.
- **Nervios periféricos:** Inhalación crónica de óxido nítrico (propelente) y el hexano (presente en algunos pegamentos y combustibles) resulta en daño a los nervios periféricos. Los síntomas incluyen: adormecimiento de extremidades, calambres y parálisis total.
- **Riñones:** El tolueno altera la capacidad de los riñones para controlar la cantidad de ácido en la sangre. Este problema es reversible cuando el consumidor no es crónico y el tolueno deja el cuerpo, pero con el uso repetido puede derivar en litiasis e insuficiencia renal.
- **Sangre:** Algunas sustancias como los nitritos y el cloruro de metileno (thinner de pintura), bloquean químicamente la capacidad de transportar el oxígeno en la sangre.
- **Sistema respiratorio:** La inhalación repetida de pinturas en aerosol resulta en daño pulmonar. Casos de asfixia se han reportado cuando la concentración de solvente desplaza totalmente el oxígeno en los pulmones.

Además se presentan graves irritaciones en las mucosas nasales y tracto respiratorio. Muchos químicos son potentes agentes causantes de cáncer.

Anabólicos esteroides.

Los anabólicos esteroides, más precisamente anabólicos androgénicos esteroides, pertenecen al grupo de drogas erogénicas, también llamadas drogas de performance. Son sustancias sintéticas derivadas de la testosterona, una hormona natural masculina. "Anabólico" significa "Constructor" o "Fabricante", y "Androgénico" significa "Masculinizante", es decir, que otorga características sexuales masculinas. Los esteroides derivan de las hormonas; a su vez, los anabólicos esteroides conforman un grupo dentro de estas drogas hormonales.

Estos productos son usados desde tiempos relativamente recientes: en 1930 la testosterona fue sintetizada por primera vez, siendo introducida en la práctica deportiva en los años 40. En las Olimpiadas de 1952.

El uso no terapéutico de anabólicos androgénicos esteroides en adolescentes y jóvenes adultos aumentó significativamente durante las últimas dos décadas: Miles de jóvenes usan estas drogas para mejorar su desempeño físico, apariencia y autoestima. Los más recientes estudios hechos por The National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information de los Estados Unidos prueban un uso indiscriminado y sin control de esteroides que produce severos problemas a la salud física y psíquica.

Los anabólicos son normalmente tomados en forma de comprimidos. Algunos que no pueden ser absorbidos oralmente son inyectados. Su utilización sin fines médicos acarrea gravísimos riesgos que son potenciados por la utilización de "megadosis": una dosis normal prescrita con fines médicos varía entre 1 y 5 miligramos; más de 8 miligramos implican una sobredosis; algunos consumidores se aplican megadosis de 100 o más miligramos, implicando intoxicaciones que pueden llegar a ser mortales. El uso de estas megadosis se debe al falso convencimiento de que a mayores dosis se consiguen mejores resultados. Además, llegan a saturarse de hormonas de diferentes tipos, muchas veces en combinación con otras drogas como estimulantes, analgésicos y antiinflamatorios. Por otra parte recurren a un consumo "cíclico", creyendo que así eliminan los efectos perjudiciales y su detección mediante análisis.

Peligros que acarrea su uso.

- **En hombres:** Aunque son derivados de una hormona masculina, la droga puede afectar el funcionamiento del sistema reproductor. Entre sus efectos se encuentran: atrofia de testículos e hipertrofia prostática (ambos implican graves riesgos de cáncer), reducción de la producción de espermatozoides,

impotencia, calvicie, dificultad o dolor en la micción, desarrollo de pechos. Además puede afectar al autocontrol de la agresividad y el manejo sexual.

- **En mujeres:** Las mujeres pueden experimentar, entre otros problemas, la "masculinización", hipertrofia del clítoris, desarrollo anormal de vello facial y corporal, agravamiento de la voz.
- **En ambos sexos:** Acné, temblores, dificultades respiratorias, dolor, hinchazón y edema (acumulación de líquidos) en articulaciones, aumento de presión arterial, aumenta las posibilidades de lesiones en músculos, tendones y ligamentos, gran incremento del riesgo de contraer cáncer en diversas formas.

Estos efectos son especialmente peligrosos en preadolescentes y adolescentes.

Opio.

El opio proviene de la desecación del látex de la cápsula de la amapola (*papaver somniferum*), planta cultivada en varios países, principalmente en China, India, Persia y Egipto. La planta cuyas flores son usadas como adorno, tiene una cápsula o fruto que al hacerle una incisión segrega un líquido lactescente que al aire obscurece y deseca, que luego se pulveriza para elaborar el opio. Este contiene numerosos alcaloides que se forman a partir de las moléculas básicas de la morfina o codeína, y otras sustancias del grupo isoquinolónico, cuyo alcaloide principal es la papaverina. De todas ellas, la morfina al 10% es la que tiene propiedades más importantes, tanto terapéuticas como tóxicas. Los demás alcaloides tienen concentraciones menores: de 1 a 2%.

Las causas de la adicción a los opiáceos se explica por los fenómenos de la tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Si la exposición al tóxico es continua, los efectos del mismo son menos duraderos al haberse acelerado su eliminación. Este fenómeno se da también con otras sustancias, como la aspirina o la penicilina, siendo de mayor gravedad en los opiáceos.

Aspectos parciales de las toxicomanías.

El mito del poder erótico y afrodisíaco de algunas drogas toxicomanígenas ha causado muchas víctimas. Se inducen a experimentar la acción de ciertas sustancias (cocaína, marihuana, heroína) con la promesa, que totalmente desprovista de rigor científico, de sentir un estímulo sexual.

Si la liberación subcortical pasajera lleva al individuo a manifestarse particularmente impúdico, lujurioso y libertino, en cambio, su auténtica libido se deprime hasta reducirlo a la impotencia y frigidez. La prostitución en las mujeres toxicómanas refleja una necesidad de lograr dinero de forma rápida y fácil; nunca puede considerarse expresión de ninfomanía originada por la droga. En ambos

sexos no deben confundirse las manifestaciones de la “liberación sexual” con un incremento de esta actividad específica.

Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Conforme la opinión de Malgor y Valsecia, en el trabajo “farmacodependencia - drogadicción”, los efectos de la drogadicción constituyen un gran problema médico social: Las consecuencias finales son perjudiciales en primera instancia para el propio individuo y posteriormente para su familia, su ambiente laboral y la comunidad. El paciente adicto abandona pronto sus ambiciones, ideales y proyectos, adoptando como objetivo principal la tenencia de la sustancia a la que es adicto.

Los adictos a la heroína, luego de someterse a intensos tratamientos en institutos especializados con una metodología de reinserción social luego de la curación, sufren frecuentemente recaídas al mismo tipo de adicción estimándose que el 80% de ellos vuelve al consumo de heroína antes del año del alta.

Sobre la base de los conceptos precedentes, la drogadicción se caracteriza por los siguientes puntos:

- **Uso compulsivo:** Existe deseo y necesidad extremos de seguir consumiendo la droga para evitar el síndrome de abstinencia.
- **Tolerancia:** Se tiende a aumentar las dosis para obtener los efectos iniciales.
- **Dependencia psicofísica: síndrome de abstinencia:** El funcionamiento orgánico general y psicológico depende a nivel celular y molecular de los efectos de la droga.
- **Efectos sociales nocivos:** Existe un evidente deterioro individual, social, familiar y laboral. El adicto es un individuo costoso para la sociedad por su permanente mantenimiento y sus frecuentes recaídas.

Cada vez más jóvenes (y de menores edades) experimentan los efectos de los alucinógenos. Ello genera trastornos de conducta, abandono escolar, hechos delictivos, prostitución y promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, desequilibrios mentales, lesiones irreversibles en la corteza cerebral.

Heroína.

Los efectos de la heroína y la morfina son similares. La principal diferencia es la mayor potencia de la heroína, ya que un gramo equivale a entre 1.80 y 2.66 de morfina en sulfato. La heroína (diacetilmorfina) es un opiáceo de gran intensidad, que produce una mayor toxicidad neuropsíquica. Es sin duda una de las más peligrosas drogas, de mayor difusión, cuya dependencia se contrae más rápidamente (dos a tres semanas). Sus efectos se sienten a los diez minutos del suministro, alcanzando el cenit a los 60, cesando a las 3 o 4 horas. Los efectos

son muy distintos, según se le consuma por primera vez o habitualmente. En las primeras tomas el efecto psíquico es muy fuerte, pero se va reduciendo hasta ser reemplazado por la necesidad física para combatir el síndrome de abstinencia. En un periodo de tiempo extremadamente corto, el adicto renuncia a otro tipo de vivencias y actividades, para dedicar su vida a la obtención y consumo del estupefaciente. Los adictos suelen consumirla mezclándola con otras sustancias, como cocaína, anfetaminas, cannabis o benzodiazepinas. La mezcla tiene dos motivos: la adulteración por el traficante y la reducción de sus efectos, ya que la ingestión de heroína en estado de alta pureza puede causar la muerte. La mezcla o corte suele ser hecha con otras drogas como anfetaminas, o excipientes tales como yeso, talco, quinina y estricnina, sustancias que son fáciles de confundir con el elemento principal.

Pasividad y reducción de impulsos agresivos son consecuencias típicas del tóxico, pese a la acción euforizante que también posee. Tomada por vía nasal o fumada, la heroína tiene efectos similares a la morfina. Luego del efecto placentero de la droga sigue un efecto de malestar generalizado (que no debe confundirse con el síndrome de abstinencia) que produce un descenso en picada con sentimientos de profunda depresión, que derivan en la necesidad de una nueva toma. Ello comporta el riesgo de tomas sucesivas, que pueden llevar a la muerte por sobredosis. La dosis varía de 60 mg. en personas sin tolerancia a 5 gr. en quienes ya la poseen. El consumo regular de la droga conduce a la frigidez y a la falta de potencia sexual. Además, provoca conductas homicidas y suicidas, así como, implicaciones en accidentes. El toxicómano entra en una fase degenerativa en la que no puede realizar razonamientos complejos teniendo escasa o nula capacidad de concentración.

Coca.

La coca, hoja del arbusto americano "erythroxilon coca", pertenece al grupo de los estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde es una práctica habitual mascar las hojas, siendo una gran mayoría de los consumidores de las zonas donde se cultiva. Su efecto sobre el sistema nervioso central es menor que el de la cocaína, dado que para extraer un gramo de esta sustancia se necesitan 160 hojas de coca. La coca es mezclada con polvos alcalinos como cenizas vegetales o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco o marihuana. La masticación de coca fue objeto de estudio por varios facultativos, como Chopra (1958), comprobando síndrome de abstinencia, depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones, seguidos por Negrete (1967) y Bruck (1968) quienes verificaron lesiones cerebrales en masticadores frecuentes.

Cocaína.

La cocaína es un alcaloide contenido en las hojas de "erythroxilon coca" siendo químicamente un derivado de la latropina. Es un estimulante cerebral

extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas. Además, es un enérgico vasoconstrictor y anestésico local, siendo absorbido por las mucosas nasales cuando se le aspira, se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. Fue usada inicialmente para el tratamiento de trastornos respiratorios y depresivos. Por su efecto analgésico, se utilizó en intervenciones quirúrgicas. Posteriormente se empleó con fines militares por su efecto vigorizante y el componente de agresividad que otorga. A comienzos del siglo XX comienza a consumirse por aspiración nasal. En esta época, sus efectos perjudiciales eran desconocidos por lo que estaba presente en las fórmulas de bebidas, jarabe contra la tos, lociones capilares y cigarrillos. En 1909 existían en EE.UU. más de 70 bebidas registradas con componentes de cocaína, lo que incrementó la producción en los países donde se cultivaba la coca, fundamentalmente en Perú. Los estudios del uso de cocaína comenzaron con Freud, al que siguieron Hemmonf (1887) y Bose (1902), los cuales encontraron sintomatología aguda y crónica en el consumo. Recientemente, en la década de 1980, los experimentos sobre patrones de consumo y cantidades certificaron sus efectos sobre la adrenalina, muy relacionada con la agresividad. En las dos últimas décadas hubo un enorme incremento en la cantidad de personas adictas a la cocaína, resaltándose como dato significativo la adicción simultánea a otras sustancias. Las consecuencias de su consumo son complejas, involucrando daños de muy diversa índole: cerebrales, sociales, familiares, medio ambientales, etc.

La cocaína estimula el sistema nervioso central, actuando directamente sobre el cerebro. Sus efectos fisiológicos inmediatos son: sudoración, aumento en la potencia muscular, midriasis, incremento de actividad cardíaca y presión sanguínea, dilatación de los vasos sanguíneos periféricos, convulsiones, aumento en el ritmo respiratorio y de la temperatura corporal. Estos síntomas pueden provocar muerte por paro cardíaco o fallas respiratorias. Además se presentan irritaciones y úlceras en la mucosa nasal. Comúnmente causa congestión nasal, que puede presentarse o no con secreción líquida. El uso por vía inyectable expone al adicto a infecciones de SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras enfermedades infectocontagiosas. La infección con el HIV puede producirse por transmisión directa de virus al compartir agujas y otros dispositivos contaminados. Además, puede producirse indirectamente por transmisión prenatal a un niño cuya madre está infectada con el HIV. El uso y abuso de drogas ilícitas, incluyendo el crack y la cocaína, se ha convertido en el principal factor de riesgo de contagio con el virus HIV. Sumado a ello, la hepatitis C se está difundiendo rápidamente entre los adictos que se inyectan; el índice de infección varía entre el 65 y 90% en este grupo de personas, de acuerdo al país. Hasta hoy, no se ha descubierto una vacuna contra el virus de la hepatitis C, y el único tratamiento disponible es costoso, muchas veces infructuoso y con serios efectos colaterales.

Los consumidores ocasionales son sujetos con personalidades débiles e inestables que desarrollan una rápida dependencia psicológica.

Crack.

También denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo. Se obtiene de la maceración de coca con kerosén y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en clorhidrato de cocaína. La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa. Se ingiere por inhalación, lo que conlleva lesiones en la mucosa nasal y el aparato digestivo. También se consume fumada en cigarrillos o pipas diseñadas para el efecto.

La intoxicación por esta sustancia implica cuadros delirantes seguidos de procesos depresivos intensos. Sus consecuencias nocivas para el organismo son equiparables a las de las anfetaminas administradas por vía endovenosa, desestructurando la personalidad, y colocándola en una adicción compulsiva. Las lesiones orgánicas son evidentes e irreversibles. Usualmente, los adictos crónicos o aquellos que llevan varios meses con ingestas de relevante cantidad y de forma continuada, sufren patologías mentales graves y crónicas con demencia o paranoia. Las lesiones en el cerebro son irreversibles.

Speedball.

Es un combinado de heroína y cocaína con efectos psicológicos muy intensos y repercusión jurídico criminal destacable, por la perturbación mental que ocasiona. Es frecuente el consumo de estas dos sustancias simultáneamente. Los consumidores intentan evitar las consecuencias desagradables de la cocaína, manteniendo el efecto de la euforia, alegría y potencia que proporciona. En otros casos el consumo conjunto de ambos tóxicos se realiza para evitar el efecto sedante de la heroína. La mezcla de un depresor con un excitante, ambos de gran potencia, provoca un estado de aturdimiento general, incoherencia, obnubilación, estupor, sopor y estado general de confusión. Esta unión provoca descontrol y descoordinación psicomotriz, con riesgo de coma y muerte. Pueden presentarse cuadros delirantes paranoides, así como depresiones de gran intensidad, alucinaciones auditivas, sensoriales y visuales.

Anfetaminas.

Fueron sintetizadas por última vez entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX.

El consumo de este excitante está ampliamente extendido y distribuido por todas las clases sociales. A diferencia de lo que sucede con la cocaína que la consumen preferentemente los sectores medios y altos, las anfetaminas son consumidas tanto por ejecutivos que pretenden sobreexcitación como por amas de casa que buscan un anoréxico para sus dietas o por estudiantes que preparan sus

exámenes. Al incidir en el sistema ortosimpático causan hipertensión, taquicardia, hiperglucemia, midriasis, vasodilatación periférica, hiperpnea, hiporexia, etc. El estado de ánimo del adicto oscila entre la distrofia y la hipomanía, presentándose ansiedad, insomnio, cefalea, temblores y vértigo. Pueden aparecer cuadros depresivos y síndromes paranoides anfetamínicos. A dosis normales, sus efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Puede producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad, irritabilidad, ira inmotivada y repentina, trastornos amnésicos e incoherencia. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta.

La psicosis anfetamínica desarrollada por el sujeto se asemeja a la psicosis paranoica y a la esquizofrenia paranoica.

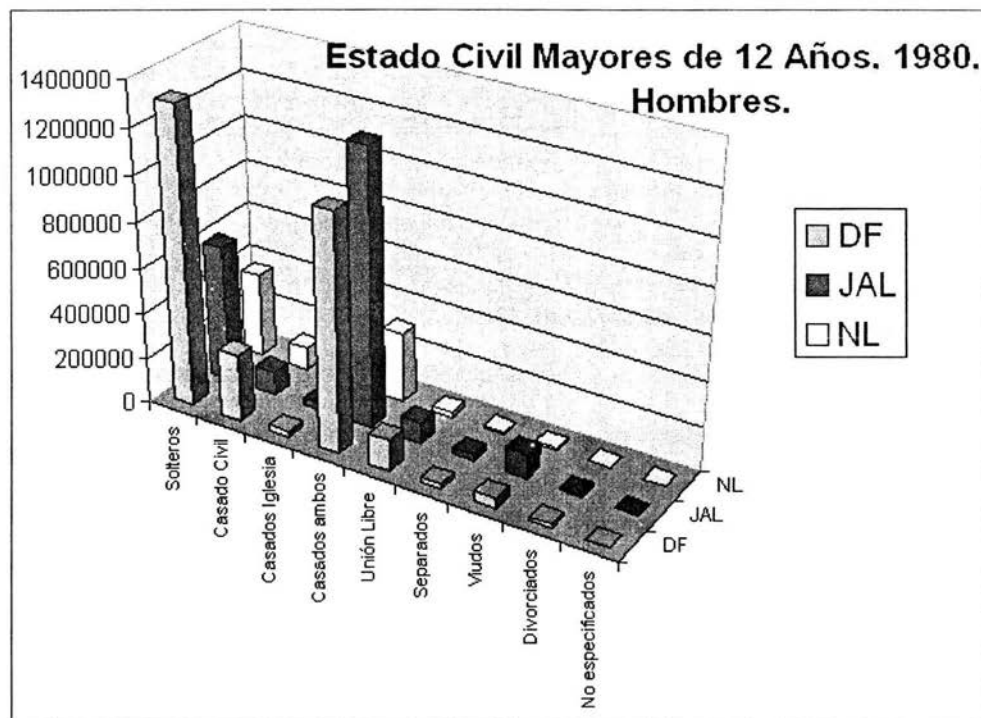
Éxtasis MDMA.

La metilendioxi metanfetamina (MDMA) (también conocida como "Éxtasis", "ectasi", "XTC", "tiza", "cristal", "X", etc.) es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con efectos similares a las anfetaminas. Es una droga en extremo peligrosa por sus propiedades neurotóxicas y alta adicción, afectando a diversas zonas del sistema nervioso central. Su producción se realiza en laboratorios clandestinos a partir de materias primas relativamente fáciles de conseguir. De color blanco, sin olor pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, en cápsulas o en polvo cristalino que se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada. Sus consumidores son principalmente jóvenes adultos, que buscan en ella un estimulante que los lleva a bailar durante extensos periodos de tiempo (por ellos se les suele denominar "disco-drogas", "club-drugs", "dance-drugs", etc.). Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en la delincuencia, por lo que finalmente fue prohibida.

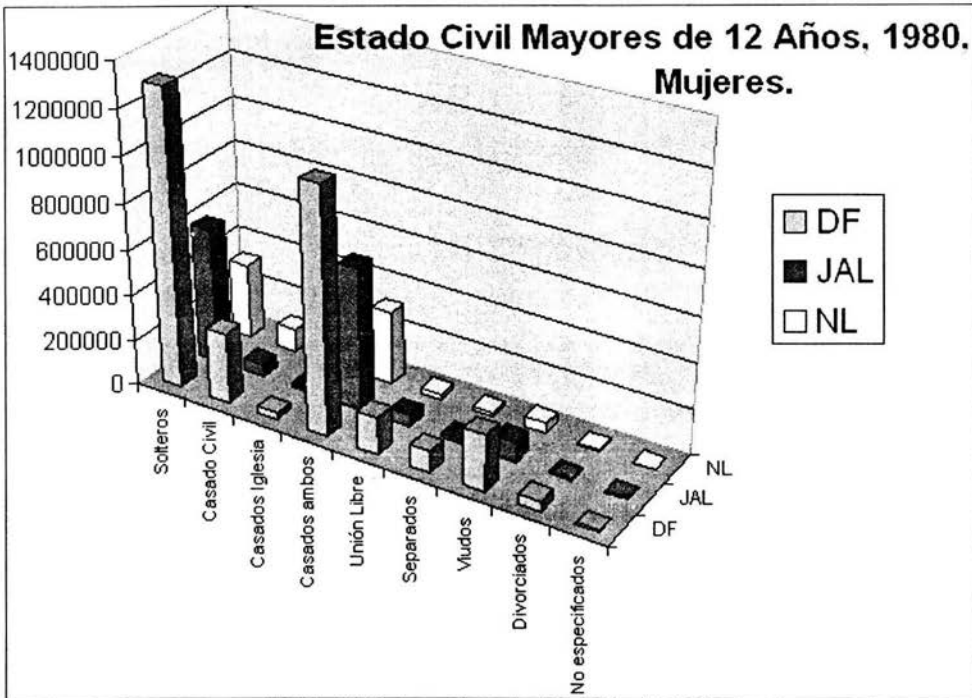
El Éxtasis produce efectos psíquicos de gran potencial perturbador, cuya duración fluctúa entre las 3 y las 6 horas desde su consumo. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad e incremento de los pensamientos morbosos. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos psicológicos, confusión, problemas con el sueño (pesadillas, insomnio), pérdida de memoria, deseo incontenible de consumir nuevamente drogas, depresión, violencia, ansiedad grave, psicosis y paranoia. Estos efectos se presentan incluso luego de varias semanas del consumo. También se informaron casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos se citan: hiperpnea, taquicardia, anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, desmayos, escalofríos y sudoración excesiva, signo característico de una intoxicación.

1.5 Estado civil de la población adolescente.

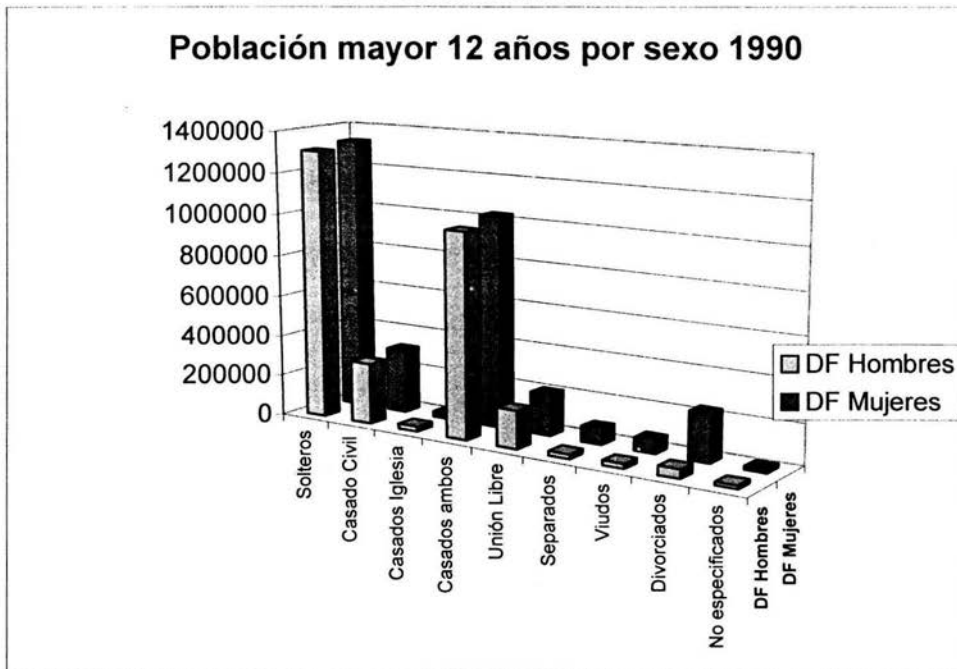
Entre las decisiones centrales del periodo juvenil está la unión en pareja o matrimonio. El casarse o unirse es uno de los criterios que permite asumir un papel social distinto a los jóvenes, tanto en los ámbitos públicos y privados. Su postergación o precocidad influirá no sólo en la estructura de las nuevas familias, sino en las condiciones que permitan consolidar una mejor calidad de vida o una reproducción de las situaciones de precariedad. La mayoría de los jóvenes son personas solteras (72.1%), aunque más de seis millones de jóvenes están unidos o casados (18.7%), y poco más de 430 mil tienen una unión disuelta (1.3%). Conforme la edad aumenta, el porcentaje de jóvenes casados o unidos también crece. Destaca la frecuencia con que las mujeres jóvenes se declaran separadas, divorciadas o viudas, que es dos veces mayor que entre los hombres. Este itinerario juvenil de constitución de nuevas parejas comienza – en promedio – a los 19.3 años de edad, pero se ve condicionado por el nivel educativo alcanzado, la región donde habitan y el nivel de ingreso, que son los factores que modifican la edad de la primera unión en los jóvenes.



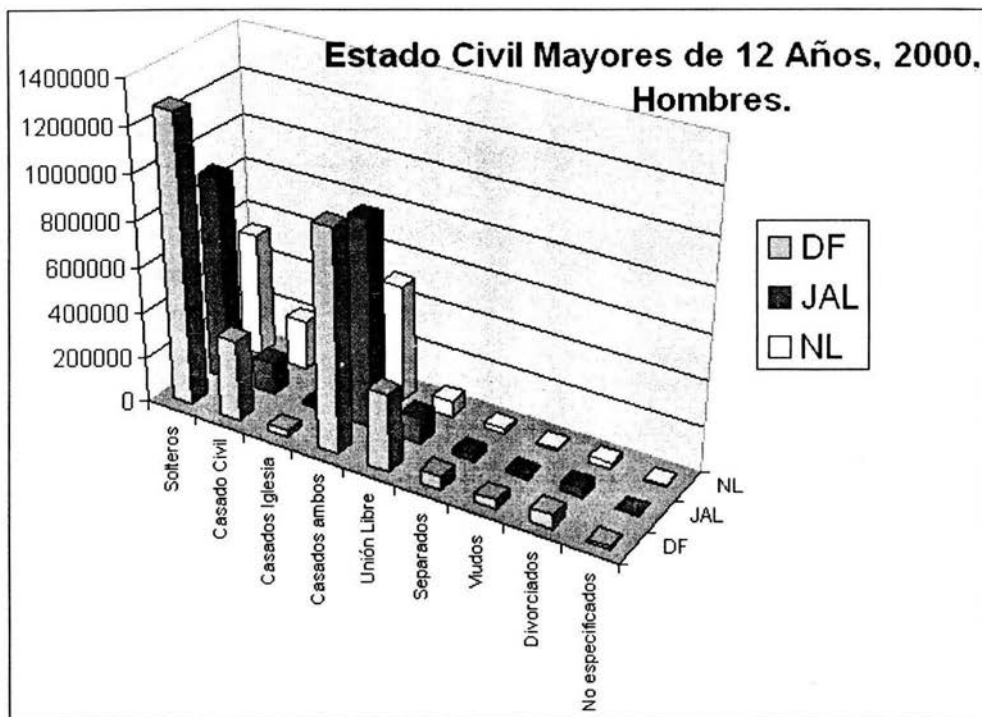
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 1980.



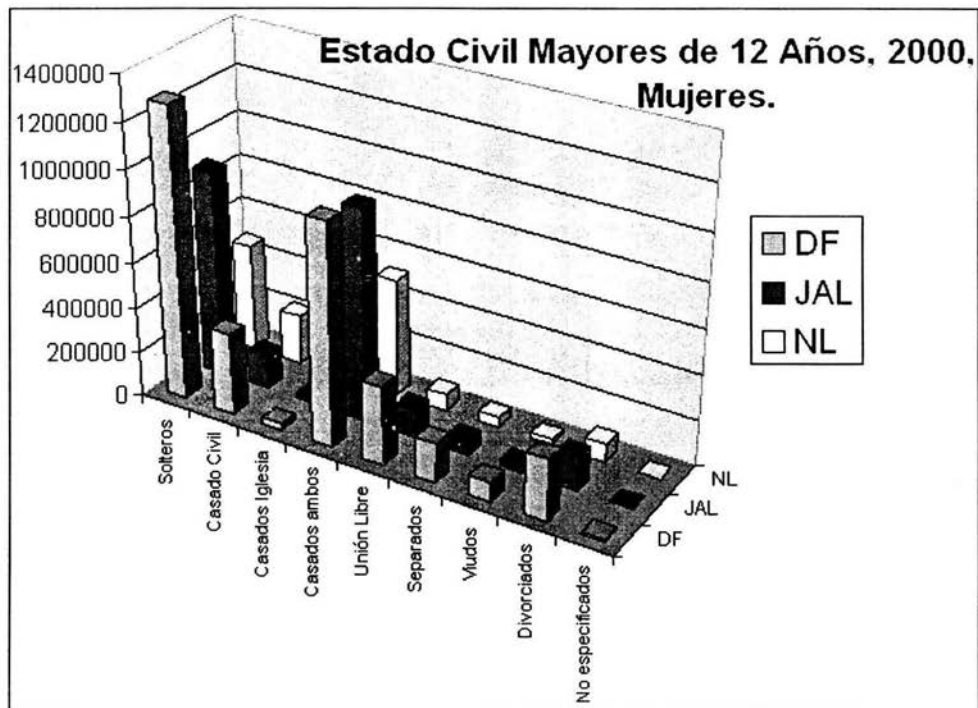
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 1980.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 1990.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 2000.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 2000.

Capítulo II.

Educación.

2.1 Antecedente.

Los niveles de escolaridad de los jóvenes actuales son, sin lugar a duda, más altos con respecto a la generación de sus padres. Sin embargo, sigue existiendo una escasa eficiencia terminal relativa y una tasa muy alta de deserción.

En el caso de la secundaria, durante el ciclo escolar 2000-2001 reportado por la SEP, la matrícula ascendió a 5.3 millones de alumnos, en quienes se registró 7.9% de deserción, 20.4% de jóvenes inscritos reprobados y la eficiencia terminal fue de 76.1%. Para el nivel bachillerato, en el mismo ciclo escolar y con una matrícula de 2.5 millones de alumnos, algunos problemas se acentúan; la deserción fue de 17%, la reprobación de 39% y la eficiencia terminal de 58.9%. Finalmente, en el caso del nivel profesional medio (técnico), con una población de 361 mil alumnos, la deserción –aún mayor- fue de 24.9%, la reprobación de 23.6% y la eficiencia terminal de 43.7%.

Esta información confirma que los jóvenes en el ámbito nacional cuentan con mejores niveles educativos que el promedio general, el cual es de 7.6 años de estudio, según el informe de labores de la SEP; por tanto, la población juvenil se encuentra 1.1 años escolares arriba.

La escala máxima se encuentra en Nuevo León, Distrito Federal principalmente y en otros estados.

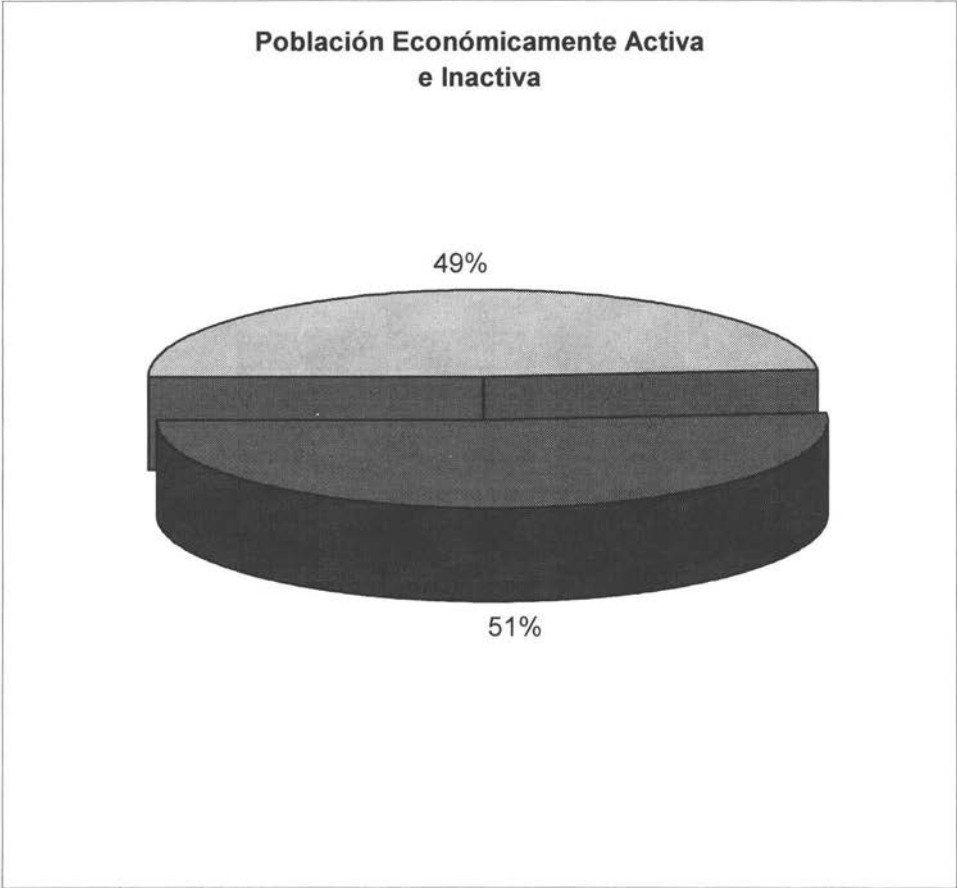
2.2 Objetivos de la Educación en México.

El significado que tiene la educación en la vida juvenil está conformado por tres ejes vertebrales: la familia, la disposición individual y el mundo laboral. Respecto al primero, las condiciones de vida y la estructura de las familias mexicanas han permitido que sea bajo una lógica endógena de producción-reproducción, la forma en la cual se decide quien o quienes estudian y hasta cuando lo hacen o cuando deben abandonar la escuela.

En cuanto al segundo, se sabe que las disposiciones individuales de los jóvenes cuestionan, sobre todo, su permanencia en la escuela, ya que según el ENJ, una cuarta parte de ellos abandona la escuela porque “no le gustaba estudiar”. Lo cual no sólo tendría que ver con la calidad *in situ* de la educación, sino con el papel que el alumno tiene dentro de la institución educativa, el cual, generalmente pasivo, queda relegado a un aprendiz que poco o nada puede aportar al sistema.

Respecto al tercer eje, las contradicciones que los jóvenes encuentran entre el mundo laboral y el ámbito educativo son evidentes; sólo dos de cada 10 jóvenes que actualmente trabajan lo hacen en un empleo relacionado con sus estudios. La inserción laboral que ofrece el mercado para los jóvenes, en pocas ocasiones aprovecha el capital cultural que han incorporado, por su mayor escolaridad y su mejor disposición a la tecnología; por el contrario, la educación se vuelve cada vez una variable menos indispensable.

Distribución porcentual de la población joven por condición de actividad y sexo, México 2000.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo 2000, México 2001.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo 2000 (ENE), del total de jóvenes, 48.6% se ubica en la Población Económicamente Activa (PEA) –que concentra a los jóvenes ocupados y desocupados- y 51.4% corresponde a la Población Económicamente Inactiva (PEI). Las mujeres jóvenes activas se concentran en las

localidades más urbanizadas y las inactivas en las menos urbanizadas; para los hombres jóvenes, este comportamiento es inverso.

Con relación a la población juvenil y nivel educativo, se observa una vinculación directamente proporcional entre los estados que cuentan con jóvenes mejor escolarizados –Nuevo León– y los que reportan niveles más altos de PEA juvenil. Por otro lado, Jalisco, que también reporta porcentajes importantes de PEA, es una entidad con años de escolaridad inferiores a la media nacional juvenil, lo que necesariamente está relacionado con el tipo de empleos que se ofrecen, las garantías y los niveles de ingreso.

La educación representa uno de los pilares fundamentales sobre el cual descansa el progreso individual y social; a su vez, es una condición primordial para promover mayor autonomía, capacidades y aptitudes de los jóvenes del país. La educación constituye el eslabón central de la certificación que la sociedad imprime en los jóvenes; primero, porque se espera que la actividad de este grupo poblacional gire en torno a la formación escolar; y segundo, en términos de preparación para el trabajo, la educación formal continúa siendo, en estricto sentido, el requisito fundamental que permite o limita el acceso al mercado laboral.

El país tiene ante sí el desafío que representa la construcción de la sociedad del conocimiento, que convoca crecientemente a los jóvenes a enfrentar roles protagónicos, debido a que la actual generación ha aumentado sus niveles educativos y, por lo tanto, puede poseer una mejor disposición a los cambios, así como una mayor capacidad para interactuar con las nuevas tecnologías informativas y de comunicación. Hay que superar la visión que hasta hace poco predominaba por la cual se veía a los estudiantes únicamente en su papel de alumnos, olvidando la complejidad de las esferas con las que interactúan por su condición juvenil (mayor acceso a los medios masivos de difusión, conocimientos y habilidades distintos a las de sus maestros, etc.), lo que impedía entender de manera integral sus propias expectativas y preocupaciones.

Esta estrategia del ***Programa de Acción: Impulso a la Emancipación Juvenil*** tiene como finalidad que el joven logre una emancipación social con mejores niveles de escolaridad, integrando una serie de acciones coordinadas interinstitucionalmente, que fortalezcan los objetivos del SEN, en lo que se refiere al conjunto de procesos educativos escolarizados y no escolarizados (sistemas abiertos, a distancia, extraescolares, continuos, semiescolarizados, etc.) encaminados a prolongar o compensar la educación integral (para la vida y el trabajo) del joven.

Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León.

En una encuesta levantada en 2000 con estudiantes de educación secundaria de Nuevo León, por la Secretaría de Educación de Nuevo León y la Subdirección de Investigación de Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 1998, la prevalencia total del uso de drogas ilícitas en Monterrey (4.2%) resulta menor a la registrada en el nivel nacional (5.3%), si bien la prevalencia en el último mes (1.1%) resulta superior a la nacional (0.8%). Por otro lado, de acuerdo con la última encuesta nacional del consumo de drogas en la comunidad estudiantil, realizada en 1991, 3.7% de los estudiantes de enseñanza media de Nuevo León había utilizado drogas **alguna vez en la vida** (8.2% en el nivel nacional) y 0.75% en el último mes (2.0% en el nivel nacional).

Los datos obtenidos con usuarios de drogas en tratamiento en CIJ de la ciudad de Monterrey reflejan altas tasas de uso de marihuana, disminución del uso de inhalables y aumento del de la cocaína, metanfetaminas y heroína. Sin embargo, se registran tasas de uso de cocaína y metanfetamina **alguna vez en la vida** menores que en el nivel nacional (63.0% contra 71.4% y 2.6% contra 8.2%, respectivamente, según datos de 2000) y porcentajes relativamente altos de uso de marihuana (75.7% contra 63.4%), depresores con uso médico (26.3% contra 19.7%) e inhalables (54.8% contra 35.2%).

La encuesta cuyos resultados se exponen aquí se levantó con una muestra probabilística, bietípica y estratificada de 6,200 estudiantes. El 51.6% de los casos fueron hombres y 48.4% mujeres; la edad promedio fue de 13.3 años (DE=1.4).

En primer lugar, se presenta la prevalencia del uso de sustancias (tabaco, bebidas alcohólicas, drogas ilícitas y con utilidad médica usadas fuera de prescripción y anabólicos esteroides) y la comparación de tasas de prevalencia en función de variables sociodemográficas. En segundo lugar, se presentan variables familiares y su relación con el consumo de drogas ilícitas, determinada con base en razones de posibilidades (RP) cuya significación estadística fue establecida mediante **chi** cuadrada. Por último, se incluyen las diferencias entre estudiantes usuarios de drogas ilícitas y no usuarios en función de la severidad de trastornos psicosociales identificados mediante el **Drug Use Screening Inventory**, versión revisada. Desarrollado por R. Tarter y cols. Y previamente utilizado con estudiantes en México, el DUSI-R mide la severidad de trastornos en diez dominios y en un índice global. Para fines de la encuesta, los trastornos se calificaron en una escala de cero a diez (ausencia de trastornos a trastornos de alta severidad), en las escalas de trastornos de conducta y psicológicos, baja competencia social, baja adherencia escolar, vínculo con redes sociales disfuncionales, uso inadecuado de tiempo libre y consumo de sustancias. Cinco de estas escalas arrojaron índices de confiabilidad iguales o superiores a 0.7; las de conducta y uso del tiempo libre registraron coeficientes aún aceptables de 0.65 y 0.62, respectivamente, mientras que para la escala global se obtuvo un coeficiente de 0.92.

La prevalencia del uso de drogas ilícitas **alguna vez en la vida** ascendió a 7.6%, destacando principalmente el consumo de marihuana, cocaína, solventes inhalables, tranquilizantes menores y anfetaminas. La prevalencia anual de drogas

ilegales alcanzó un 4.9%, mientras que un 3.2% refirió haber utilizado sustancias ilegales en este lapso.

El uso de sustancias registra diferencias significativas entre hombres y mujeres, con tasas más altas entre la población masculina. También se observa que el consumo tiende a aumentar en las tres categorías de prevalencia, conforme aumenta la edad, de modo que en los jóvenes de 15 y 16 años o más, el consumo de drogas ilícitas registra tasas que prácticamente duplican a las observadas en el grupo de 12 años o menos, mientras que en el caso de drogas legales estas diferencias aumentan de acuerdo con la categoría de prevalencia.

Puede apreciarse, por otra parte, que la prevalencia del uso de sustancias fue más alta entre los estudiantes que trabajan además de estudiar, que entre quienes disponían de tiempo completo para el estudio; la tasa de uso de sustancias ilícitas **alguna vez en la vida** entre los primeros supera en cerca de cuatro puntos porcentuales a la de los segundos, y llega a duplicarla en el caso del uso actual.

Prevalencias en el consumo de drogas en muestras de estudiantes (2000-2001) Distrito Federal.

A finales de 2001 y a principios de 2002, el INEPAR investigó dos muestras de estudiantes: una en la Ciudad de México con alumnos de enseñanza media superior y otra en algunos puntos de la república con estudiantes de enseñanza superior de más de 18 años.

Para la muestra de nivel bachillerato se estudiaron 1317 estudiantes de un universo de 90,017. Fueron seleccionados dos grupos de cada plantel de los turnos matutino y vespertino, distribuidos en el total de 20 planteles que forman el subsistema de enseñanza media superior en la Ciudad de México. Para la muestra de universitarios, se aplicaron 699 inventarios en un universo de 9,163 estudiantes.

Conocer el consumo de drogas en estas dos muestras de estudiantes forma parte de la observación sistemática en poblaciones especiales, para comparar los patrones de consumo y las prevalencias entre adolescentes propiamente dichos (bachillerato) y jóvenes mayores de educación superior. Por otra parte, en el subsistema de enseñanza media superior de la Ciudad de México, ya se había aplicado un cuestionario con las mismas preguntas sobre drogas en 1985. En los planteles de dicho subsistema no se había realizado, hasta ahora, ninguna intervención sistemática de educación preventiva sobre drogas, solamente algunas acciones aisladas por lo que los datos que se reportan permiten apreciar con precisión la magnitud con que ha crecido el problema en los últimos 15 años. Debido a que en este momento el subsistema de bachillerato ya ha iniciado sus actividades preventivas, las mediciones de los próximos años permitirán observar la efectividad de las intervenciones en el mismo.

Las prevalencias de consumo para el uso **alguna vez en la vida** y para el **último mes** confirman que la marihuana continúa en la preferencia de los adolescentes. Sin embargo, llama la atención en la muestra de jóvenes universitarios que el porcentaje de uso **alguna vez en la vida** para las anfetaminas es aún mayor que el de la marihuana, de tal manera que ocupa el primer lugar, con un 13.3%; este consumo incluye el uso de metanfetaminas como la tacha y el éxtasis.

Un foco rojo de alerta surge al observar las tendencias del consumo entre adolescentes y jóvenes referidos a drogas como la cocaína, la heroína y las metanfetaminas, por su alto poder adictivo, por su vía de administración (inhalaada o inyectada) y por la peligrosidad y ausencia de control en el proceso de fabricación para el caso de las metanfetaminas. Los hombres siguen consumiendo algunas drogas en mayor proporción que las mujeres, pero ellas empiezan a desarrollar patrones característicos a cierto tipo de sustancias muy peligrosas, como es el caso del éxtasis o las tachas (metanfetaminas y otro tipo de anfetaminas) así como de los tranquilizantes y los sedantes.

Un dato muy importante a observar es el crecimiento del consumo en el lapso de 15 años, en las poblaciones de estudiantes que no han recibido prevención sistemática. La cocaína creció del 0.8% al 6.1%, es decir, el consumo **alguna vez en la vida** sufrió un crecimiento de hasta el 700%, que podríamos considerar como el costo que se vive por haber normalizado en las escuelas, los hogares y la comunidad "la cultura de riesgo" y no "la cultura de la prevención".

Estos datos se complementan con otros observados en las dos muestras sobre la relación predictiva entre el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo.

En la muestra de los planteles de bachillerato se detectaron modelos predictivos para el consumo de sustancias con valor de R cuadrada de 0.60 y de correlaciones múltiples de 0.78, que definen como conductas de riesgo entre los estudiantes como: tener un mayor número de amigos que consumen droga, un mayor número de parejas sexuales, más de dos noches de recreación a la semana, relaciones sexuales, experiencias desagradables asociadas al consumo de drogas y alcohol de otras personas, repetir el ciclo escolar, manifestar el consumo de drogas en familiares, tomar parte en riñas y forzar cerraduras.

En la muestra de universitarios se obtuvo un modelo predictivo similar al de la enseñanza media; sin embargo, se añaden como conductas de riesgo: la venta de marihuana y otras drogas, no contar con empleo y el tener dinero disponible para uso personal.

Este modelo obtuvo una R cuadrada (valor predictivo) de 0.49 y una correlación múltiple de 0.70.

Identificación de factores de riesgo psicosociales ante las adicciones en adolescentes de secundaria en Ciudad Guzmán, Jalisco.

Los factores de riesgo en los adolescentes responden a patrones adquiridos por circunstancias del medio; estos factores poseen características psicológicas de

comportamiento, familiares y sociales las cuales son atributos asociados al consumo de drogas. La adolescencia es una etapa de cambios donde los sentimientos influyen en la percepción del mundo y se facilita que haya un involucramiento en el consumo de drogas.

El consumo de sustancias adictivas se ha incrementado entre la población juvenil mexicana, generando una serie de ambientes a investigar debido a las consecuencias sociales del fenómeno. Diversas investigaciones confirman la existencia de factores multifactoriales que evidencian el consumo, abuso y dependencia ante las adicciones y señalan el crecimiento de manera significativa.

El estudio se basó en un diseño observacional, descriptivo y transversal; para su realización en la población estudiantil de educación media, se estableció vínculo con la Unidad Regional de Servicios Educativos de la SEP y contacto directo con los directores de los planteles educativos.

El universo de trabajo estuvo constituido por los alumnos de escuelas secundarias de 14 planteles de secundaria: 4 oficiales con doble turno, 3 telesecundarias y 3 escuelas privadas, con un total de 6,000 alumnos. La variable final para el análisis fue el patrón de consumo de sustancias. De esta forma, la selección se realizó mediante la obtención de una muestra representativa de cada grupo escolar (1º, 2º y 3º) con un total de 1,371 cuestionarios aplicados.

En la población estudiada los hombres representaban el 49.4% y las mujeres el 50.6%; la edad promedio fue de 13.25 años; la distribución por grado escolar, de 35.7% en primero; 33.2% en segundo y 31.1% en tercer año.

Para la realización del estudio se contó con el inventario DUSI-R ("Inventario de Detección del Uso de Drogas, Tarter, 90" versión revisada en México), por SIUDC/CICAD/CIJ abreviado para jóvenes. Este instrumento ha sido utilizado en diferentes contextos y países (Costa Rica, Uruguay, Estados Unidos, México, Colombia y Chile), en donde los resultados han sido confiables y el instrumento resulta válido para identificar alteraciones de ajuste psicosocial, además de describir las características de los usuarios de sustancias psicoactivas y de aquellos trastornos psicosociales.

El DUSI se divide en dos partes:

- La primera tiene por objeto identificar la presencia de alteraciones de ajuste psicosocial del sujeto. Lo que permite detectar trastornos específicos y se divide en:
 1. Trastornos de conducta (trastornos de comportamiento como aislamiento, agresividad, impulsividad)
 2. Estado afectivo (alteraciones afectivas asociadas con el consumo de drogas, ansiedad, depresión)

3. Competencia social (habilidades y recursos para la interacción social)
4. Relaciones familiares (disfunción familiar, conflicto familiar y antecedentes familiares de consumo de drogas y problemas legales)
5. Desempeño escolar (rendimiento escolar, regularidad de asistencia, conducta y actitud e interés hacia el estudio)
6. Redes sociales (aislamiento social o pertenencia a redes sociales disfuncionales)
7. Actividades recreativas (manera en que se usa el tiempo libre, con quien se comparte, supervisión adulta, etcétera)
8. Uso de drogas (síntomas de dependencia y tolerancia, y trastornos ocasionados por el consumo de drogas)

Se realizó una clasificación de la intensidad del riesgo de los alumnos de la siguiente manera:

- No riesgo (ninguna pregunta contestada afirmativamente)
- Riesgo leve (1-20 preguntas contestadas afirmativas)
- Riesgo moderado (21-40 preguntas contestadas afirmativamente)
- Riesgo alto (41-60 preguntas contestadas afirmativamente)
- Riesgo severo (61-83 preguntas contestadas afirmativamente)

Lo que permite estimar la intensidad de los distintos desajustes sociales.

- La segunda etapa indaga la prevalencia total y anual del consumo de drogas. Para determinar los probables factores de riesgo se preelaboró una escala de calificación promedio por riesgo considerando cero como la ausencia de trastorno y 80 como máxima severidad.

En los resultados de la primera parte expresados en el DUSI-R, se encontró que el promedio general de respuestas afirmativas de 19.68 ± 10.91 , (83 respuestas es el máximo obtenido).

En lo que se refiere a los resultados de la segunda parte del cuestionario, un total de 316 jóvenes (46.52% mujeres y 53.48% hombres) declararon haber iniciado el consumo de alguna droga o alcohol a la edad de 12.6 años. Como sustancia inicial de consumo, el 34.18% había consumido alcohol, 59.18% había fumado cigarrillos, 1.9% marihuana y 4.75% había ingerido tranquilizantes. Actualmente, el 21.6% declaró fumar cigarrillos, el 7.4% fuma marihuana, el 8.5% consume cocaína, el 8.1% consume bazuco, el 11.8% consume tranquilizantes, un 6.6% estimulantes, 25.5% bebidas alcohólicas, 12.8% bebidas alcohólicas hasta la embriaguez y un 4.7% se inyectan heroína.

2.3 Programas de Asistencia al adolescente.

En este sentido, el **Programa de Acción: Impulso a la Emancipación Juvenil** comprende una vertiente dirigida a disminuir los índices de deserción, mediante la reinserción o recuperación de los jóvenes que han abandonado sus estudios.

Las principales actividades son:

- Impulsar la incorporación, en planes y programas de estudio, de actividades curriculares que coadyuven al fortalecimiento de la identidad juvenil.
- Promover que las escuelas, en conjunto con las asociaciones de padres de familia, conformen grupos para la realización de visitas a los jóvenes que han abandonado sus estudios, con el fin de identificar las causas particulares de la deserción y ofrecer la solución más pertinente, que puede incluir becas, apoyos en material didáctico, guarderías, tutorías y/o cambios de horario, entre otros aspectos.
- Otorgar, por parte de empresas públicas y privadas, facilidades de horario a sus empleados y trabajadores jóvenes, a efecto de que se incorporen a sistemas educativos formales y no formales para la conclusión de sus estudios, particularmente en las zonas urbanas.
- Impulsar y proponer el diseño curricular de modelos pedagógicos especiales de alta flexibilidad, que respondan a las especificaciones regionales, así como a las condiciones laborales, culturales, económicas y sociales de los jóvenes que han tenido que abandonar sus estudios en coordinación con el gobierno federal, estatal y las instituciones estatales de la juventud.
- Promover la participación de las organizaciones sociales en proyectos educativos dirigidos a los jóvenes que han abandonado sus estudios formales, mediante la profesionalización y el fortalecimiento de sus acciones, buscando que sean reconocidas por órganos certificadores.
- Apoyara jóvenes embarazadas y madres solteras que por su situación han abandonado la escuela.
- Fomentar la toma de conciencia de los padres de familia respecto a la obligatoriedad de la educación secundaria como parte de la educación básica, con énfasis en las regiones de mayor pobreza y marginalidad del país.
- Dar a conocer los diversos servicios educativos que la SEP ofrece a los jóvenes que han abandonado sus estudios.
- Difundir los mecanismos de certificación de conocimientos y competencias existentes para los jóvenes.

Con el propósito de fomentar la permanencia de los jóvenes en los sistemas de educación formal, resulta de especial importancia la instrumentación de acciones tendientes a la generación de apoyos económicos, en especie y de asistencia

tecnopedagógica para los maestros y para los jóvenes estudiantes que se encuentran en situación potencial de deserción.

Como se puede apreciar, este programa de Acción sólo se podrá concretar con la amplia corresponsabilidad de diversos actores: padres de familia, maestros, profesionales de la salud, organizadores sociales y los tres ámbitos de gobierno, pues es con ellos que se generan las oportunidades de bienestar para que los jóvenes disfruten su condición.

Para avanzar en la aspiración de fortalecer la salud integral juvenil, en la creación de servicios especializados para este grupo poblacional y para disminuir los daños en conductas de riesgo, se impulsará la coordinación interinstitucional con la Secretaría de Salud (SSA) y las instituciones que coordina, a través del **Programa Nacional de Salud 2001-2006**.

De la misma forma se llevarán a cabo enlaces institucionales con el sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), SEDESOL, el Consejo Nacional para la Prevención de Adicciones (CONADIC), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Consejo Nacional para la Prevención del Sida (CONASIDA) y, en general, con los organismos de las entidades federativas encargados de las acciones de desarrollo social, así como con aquellas organizaciones sociales que realizan modelos de atención en salud para jóvenes.

Con el **Programa Nacional de Medio Ambiente y Recursos Naturales**, de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), se incentivará la participación juvenil en la conformación de un entorno global sustentable, la protección y la vigilancia del uso racional de los recursos naturales en un marco de equidad respecto de otros sectores sociales.

Para favorecer la realización de actividades recreativas se enlazarán acciones con el **Programa Nacional de Turismo**, de la Secretaría de Turismo (SECTUR), el **Programa Nacional de Cultura Física y Deporte**, de la Comisión Nacional del Deporte (CONADE), la SSP y la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

En el acceso al mercado de bienes, la ropa y los zapatos representan la opción más importante, lo que fortalece la idea de que la dimensión dramática de las identidades juveniles es un dato clave para entender su conformación: no se trata sólo de ser sino de parecer, a partir del cual hay una identificación con el mundo.

Programas preventivos y de intervención.

En 1994 la Secretaría de Educación Pública, gana una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia como parte del proceso de

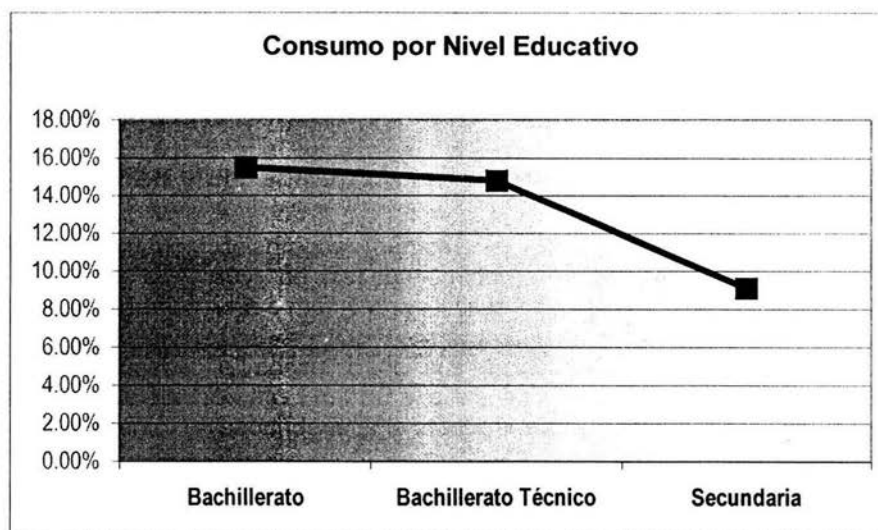
modernización educativa: el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones. Este programa tiene como objetivo principal incorporar, en los diferentes niveles educativos que integran la educación básica, las estrategias de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores para fortalecer en los alumnos la capacidad de discernimiento para hacer frente problemas sociales y prevenir el inicio en el consumo de drogas. Este programa cuenta con 4 componentes:

Plataforma de comunicación social (material impreso y audiovisual); Orientación a maestros, padres de familia y comunidad en general; Centros de información y documentación en prevención de adicciones y; Movilización comunitaria para coordinar esfuerzos preventivos en beneficio de niños y jóvenes. También se contempla un proceso de evaluación, con el fin de conocer el impacto y trascendencia de las acciones preventivas, no sólo, el cumplimiento de metas cuantitativas; el interés es conocer cómo se enriquece el proceso de enseñanza aprendizaje y cómo evitar la incidencia del uso de drogas en niños y jóvenes.

2.4 Educación y capacidad de aprendizaje del adolescente.

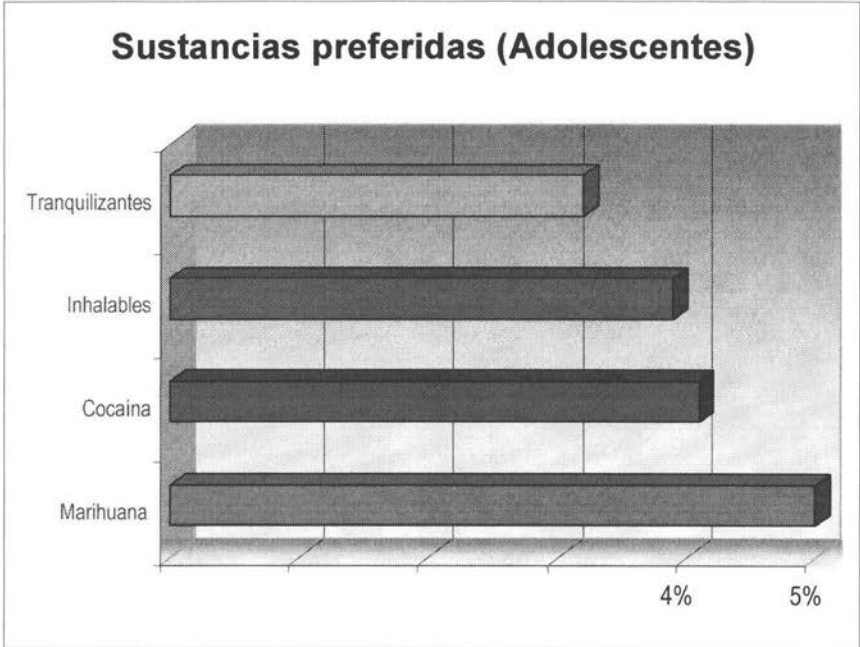
Entre los usuarios de drogas médicas, el 36.4% de los consumidores de tranquilizantes y el 60% de los consumidores de anfetaminas refirieron haber consumido, además, una o más drogas ilícitas.

Por nivel educativo el consumo de sustancias que afecta mayormente a los estudiantes de bachillerato (15.5%) y a los adolescentes de bachillerato técnico (14.8%). En tanto, en secundaria sólo afecta al 9.1%.



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría; SSA

Por lo que respecta a las sustancias en particular, a diferencia de los estudios anteriores, la marihuana (5%), ocupa el primer lugar de las sustancias preferidas por los adolescentes, siguiendo el consumo de cocaína (4.1%), inhalables (3.9%) y de tranquilizantes(3.2%).

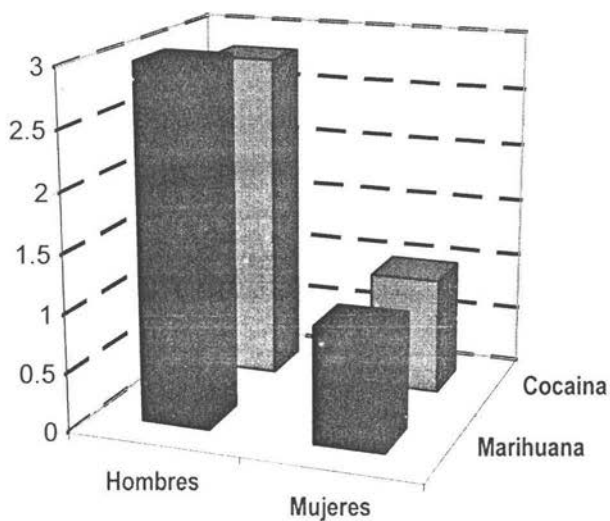


Fuente: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centro de Integración Juvenil.

Tanto el consumo de la marihuana como de la cocaína se ha incrementado de manera significativa con relación a la medición de 1993. Incluso el número de usuarios de cocaína se ha duplicado. Aunque el porcentaje global de usuarios se ha mantenido similar en los últimos años.

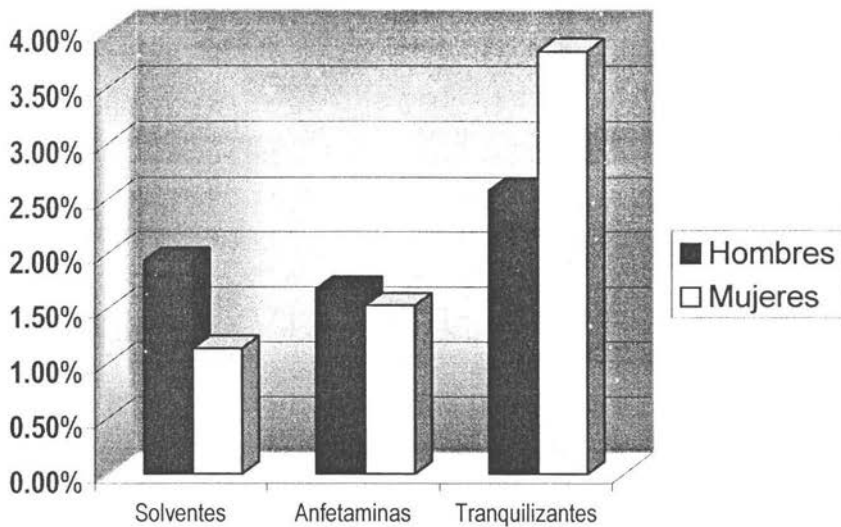
Consumo de drogas en general (6.6% en 1991 vs. 9% en 1997) con una pendiente de incremento superior que la observada para los varones.

Proporción de consumo de drogas por sexo



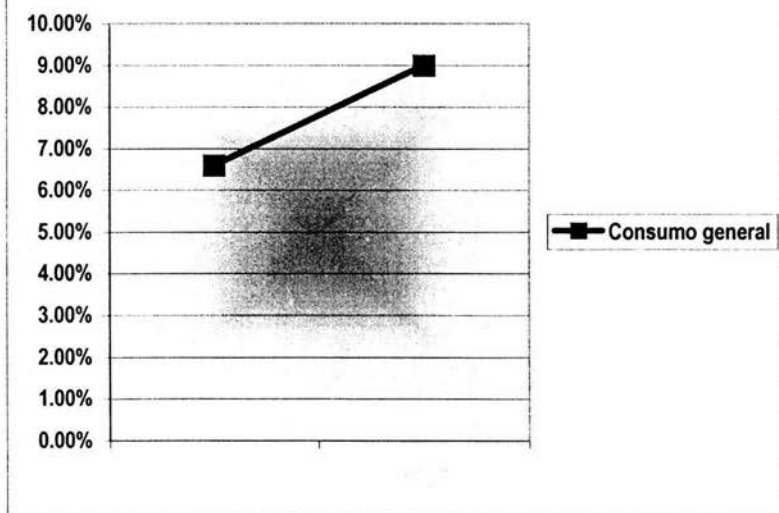
Fuente: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en centros de Integración Juvenil.

Uso de drogas por sexo



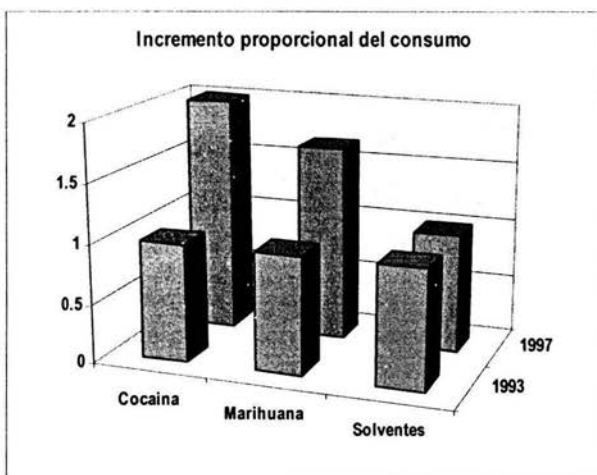
Fuente: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en centros de Integración Juvenil.

Incremento en el consumo general



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría.

De 1993 a 1997 se duplicó la proporción de adolescentes que han usado cocaína; el consumo de marihuana aumentó de 3% a 5%. En tanto la inhalación con disolventes se mantuvo estable, con una tendencia al decremento entre los varones (4% en 1993 y 3% en 1997).



Fuente: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en centros de Integración Juvenil.

Con pocas variaciones, son similares los factores que llevan a hombres y mujeres a experimentar, continuar usando drogas, usar más de una sustancia o desarrollar problemas, lo que apoya la hipótesis de la tendencia de la población femenina a copiar modelos masculinos. En ambos grupos los predictores más potentes para el inicio y continuación del uso de drogas fueron la percepción de disponibilidad de drogas y la tolerancia social; la probabilidad de consumo era mayor cuando la adolescente percibía que a sus amigos les daba igual o aprobaban su consumo o cuando no tenían una alta percepción de riesgo asociado con el uso.

2.5 Influencia de los medios masivos de comunicación en la farmacodependencia.

La influencia de los principales medios de comunicación (prensa, radio, televisión, cine, etc.) en la población, se da a través de mensajes, símbolos e imágenes que van penetrando en el inconsciente del individuo con la consecuente transmisión de patrones culturales, entendiendo por cultura a todos aquellos aspectos materiales y universales normas, símbolos, mitos e imágenes) que conforman en el individuo una serie de estructuras e instintos que influyen en sus emociones.

La formación cultural de un individuo principia en la familia, reforzándose posteriormente en la escuela, a través de valores universales como la justicia, el respeto, la honestidad, el amor, la libertad, la solidaridad, etc.; mismos que van conformando la cultura propia de cada persona.

Del nivel educativo va a depender la formación de una actitud crítica o pasiva de recibir la información o la captación del mensaje sin embargo, estos medios actúan como agentes educativos que más que reforzar, fomentan valores materiales, dejando de lado los universales.

En lo referente a los valores y actitudes que transmiten los medios de comunicación, son precisamente los jóvenes los más expuestos a la influencia de dichos medios.

Es principalmente la televisión la que transmite modelos de conducta y actitudes estereotipadas, que influyen en su comportamiento.

Los valores que proyecta la televisión a través de imágenes asociadas al triunfo y al bienestar social y económico se acompañan en la mayoría de las ocasiones con la invitación al consumo de drogas legales y socialmente aceptadas.

De la misma manera, la industria farmacéutica en un constante bombardeo fomenta la automedicación con varios fármacos; este hecho puede tener sus repercusiones más adelante en los jóvenes y adultos, cuando comienza a utilizar medicamentos para combatir aspectos como la ansiedad, el nerviosismo el stress,

el insomnio y la depresión; con algunas drogas que si bien le ayudaría a combatir las molestias, también podrían crearle dependencia o adicción (ejemplo sedantes).

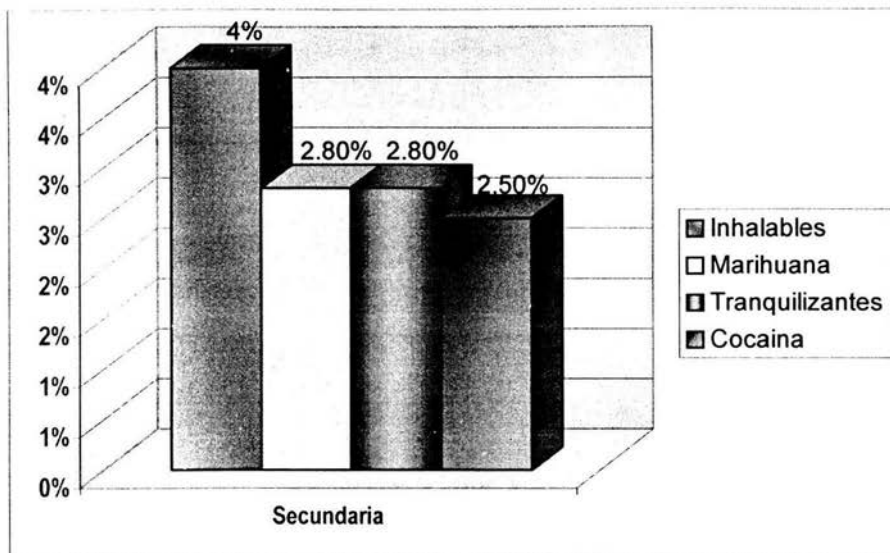
También existe una gran tendencia, al anunciar casi todos los productos en ligarlos a aspectos sexuales; los mensajes no son directos sino a través de símbolos, figuras, o rótulos como por ejemplo, "atrévete", "el sabor de la noche", "la combinación que liga", "siempre al frente", estos se relacionan con la conquista de pareja o la atracción sexual. Además estos mensajes son transmitidos en cuestión de segundos con técnicas sofisticadas de comunicación que garantizan que el mensaje quede grabado en el inconsciente del consumidor (sublimación).

Ante esta problemática, la educación juega un papel determinante para reforzar verdaderos valores y crear en el joven actitudes positivas ante la vida y la sociedad.

Es compromiso del maestro fomentar en el alumno una actitud crítica ante los medios de comunicación, dotar al alumno de elementos que permiten asimilar la intención de los mensajes publicitarios, seleccionar y apreciar un programa de televisión, igual que se valora una obra literaria, de tal forma que desarrolle una experiencia educativa.

Las acciones que esta fase debe cubrir están relacionadas con el sistema de información y educación, donde la meta sea educar para la vida, que se traduce en el mejoramiento de las relaciones familiares interpersonales y las consecuentes interacciones sociales, es decir, preocuparse por el mejoramiento de las condiciones ambientales e individuales, así como estudiar resolver el problema de cada caso en particular, informar convenientemente a la población que se considera en riesgo, a los padres de familia, maestros, etc.

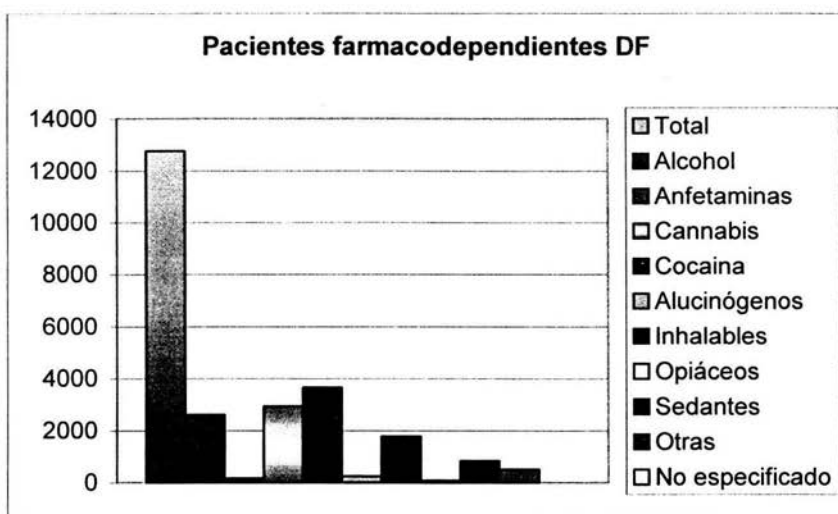
Por nivel educativo dichas preferencias cambian, de manera que en las escuelas de bachillerato técnico, se presentan igual que por sexo. Sin embargo, en los bachilleratos el uso de los tranquilizantes es superior (4.1%) al de los inhalables (3.5%). Además, en las escuelas secundarias, la droga de mayor uso son los inhalables (4%), y le siguen la marihuana (2.8%), los tranquilizantes (2.8%) y la cocaína (2.5%). Este aspecto es muy importante, ya que señala que en el nivel de secundaria, la droga de mayor riesgo son los inhalables, lo que es consecuente con las tendencias de estudios anteriores.



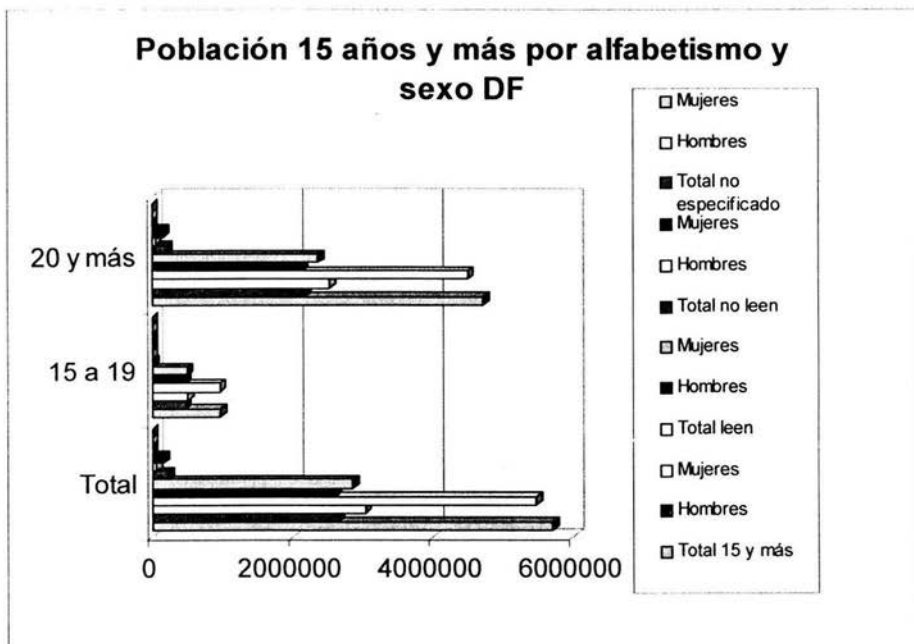
Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Con relación a la edad, se observa a los inhalables como la principal sustancia antes de los 15 años y después decrece el número de usuarios. En tanto, para la cocaína y la marihuana, este porcentaje se incrementa notablemente a partir de los 15 años.

El consumo de drogas (marihuana, cocaína, inhalables y tranquilizantes) en el último año es mayor hasta en un 1% para los adolescentes quienes su jefe de familia tiene una escolaridad de primaria o menor.



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría.



Consumo de sustancias.

En este apartado la ENA no permite indagar las particularidades del grupo juvenil de 20 a 29 años. Si bien la población de 12 a 17 se particulariza, el siguiente grupo de edad que establece dicha encuesta (de 18 a 34) agrega a la población juvenil.

El tema de las drogas siempre suscita expectativa y polémica a pesar de ser sociedades en las cuales el consumo de drogas es ancestral, la modernidad trajo consigo una carga importante de estereotipos y condiciones socioeconómicas de exclusión, que convierten a las drogas en el eje monotemático y omnipresente cuando se habla de jóvenes.

Alrededor de 5% de los hombres y 1.6% de las mujeres entre 12 y 17 años de edad han probado alguna droga en su vida. Quienes lo han hecho el último año son 2.9% y 0.8% respectivamente, y en el último mes 1.8% son hombres y .05% son mujeres.

Del grupo de edad que engloba al resto de los jóvenes (18-34 años), 17.2% de los hombres han probado alguna vez alguna droga, de las mujeres 1.6%. Quienes han consumido el último año son 4.6% de los hombres y 1% de las mujeres; y, el último mes, 3% de hombres y 0.6% de mujeres.

Drogas médicas.

Los jóvenes de 12 a 17 años de edad, que declaran haber consumido alguna vez en su vida alguna droga médica representan 1.7% (81 mil) y las jóvenes 1.1% (casi 58 mil). En el grupo de 18 a 24 años la prevalencia para los hombres es de 2.3% (200 mil) y para las mujeres de 1.3% (156 mil).

Los porcentajes de quienes han consumido alguna droga médica el último año son: para los hombres de 12 a 17 años de 0.9% (44 mil) y los de 18 a 34 años de 0.8% (72 mil); las mujeres de 12 a 17 años representan 0.4% (18 mil) y las de 18 a 34, 0.8% (97 mil).

Los porcentajes de quienes han consumido alguna droga médica el último mes son: para los hombres de 12 a 17 años de 0.5% (23 mil) y lo de 18 a 34 años de 0.4% (37 mil); las mujeres de 12 a 17 años representan 0.2% (10 mil) y las de 18 a 34, 0.4% (54 mil).

Las drogas médicas más consumidas alguna vez en la vida son los tranquilizantes y los opiáceos, su uso es mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, las mujeres de 18 a 34 años, declaran un consumo mayor de opiáceos durante el último año y durante el último mes de referencia. En cuanto a los sedantes, son las mujeres de 12 a 17 años quienes han tenido un consumo mayor durante el último año y alguna vez en la vida; de la misma forma las mujeres de 18 a 34 años, su consumo mayor con relación a los hombres durante el último año.

El uso de estimulantes, es duplicado por los hombres, tanto en el grupo de edad de 12 a 17 años como en el 18 a 34 años.

Drogas ilegales.

Los jóvenes de 12 a 17 años de edad, declaran que haber consumido alguna vez en su vida alguna droga ilegal representan 3.6% (173 mil) y las jóvenes 0.6% (30 mil). En el grupo de 18 a 24 años la prevalencia para los hombres es de 15.6% (1 millón 300 mil) y para las mujeres de 1.2% (145 mil).

Los porcentajes de quienes han consumido alguna droga médica el último año son; para los hombres de 12 a 17 años de 2.1% (100 mil) y los de 18 a 34 años de 4.1% (350 mil); las mujeres de 12 a 17 años representan 0.5% (23 mil) y las de 18 a 34, 0.2% (24 mil).

Y los porcentajes de quienes han consumido alguna droga médica el último mes son: para los hombres de 12 a 17 años de 1.4% (68 mil) y los de 18 a 34 años de 2.7% (238 mil); las mujeres de 12 a 17 años representan 0.3% (16 mil) y las de 18 a 34, 0.1% (16 mil).

La droga más utilizada como experiencia inicial (alguna vez en la vida) es la marihuana, tanto para hombres como para mujeres, cuyo consumo va disminuyendo según el año o mes de referencia.

La segunda droga de mayor experimentación es la cocaína, cuyo consumo preocupa, pues si bien su prevalencia era en población económicamente media alta, ahora se ha generalizado. Es una droga de consumo fundamentalmente de hombres, desde los 12 hasta los 34 años, con una población de casi 60 mil personas.

Los inhalables son la tercer droga con mayor consumo entre la población juvenil, sobre todo entre los hombres y mujeres de 12 a 17 años, ya que las mujeres de 18 a 34 años, reportan su consumo alguna vez en la vida y, para el último año y mes no aparecen datos.

El caso de los alucinógenos y la heroína, resulta algo parecido, los jóvenes reportan su consumo alguna vez en la vida, pero no declaran su prevalencia ni para el último año y mes, no aparecen datos significativos.

Capítulo III.

Salud.

3.1 Antecedente.

Aún cuando se tienen importantes avances en la cobertura de los servicios de salud, la demanda de los mismos por parte de los jóvenes es creciente. Esto ha provocado que durante las últimas décadas los aspectos relacionados con la salud juvenil hayan generado una preocupación central en las políticas públicas, sobre todo por el tipo de problemas vinculados con prácticas sociales de este sector de la población.

De este modo, el abuso de sustancias adictivas, entre otros temas, han cobrado relevancia en el perfil de los jóvenes, por el impacto negativo en su salud.

El reto de las políticas públicas es formar individuos debidamente instruidos capaces para asumir la responsabilidad de sus acciones, lo que particularmente en el ámbito de la salud, es un indicador de bienestar social.

Sin embargo, el ámbito de las políticas de salud juvenil es uno de los aspectos que presenta mayores contradicciones tanto de las prácticas institucionales como de las mismas experiencias juveniles; por una parte, es una de las vertientes que mayor atención se le ha puesto en los programas de las diversas instancias públicas y privadas, mas aun, es un área donde se invierten importantes recursos desde las organizaciones sociales y privadas, pero donde se percibe una menor coordinación interinstitucional.

3.2 Los perfiles de salud.

Enfermedad en hombres y mujeres presenta características particulares y diferenciales de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas en las que cada uno se desenvuelve.

En todo el mundo la población juvenil representa al grupo biomédicamente más sano. En este grupo ocurren relativamente pocas muertes y pocos casos de enfermedad. En estas edades, sin embargo, se consolidan hábitos de vida que posteriormente pueden conducir a enfermedades degenerativas.

Es también donde los progresos de investigación epidemiológica y social han logrado grandes avances y precisiones, pero donde menos impacto han tenido los programas.

Es decir, estamos ante dos retos centrales de políticas de juventud en materia de salud: la transformación del enfoque básico de los programas hacia el aspecto del autocuidado responsable por parte de los jóvenes y, la articulación y coordinación de acciones diferenciadas e integrales al mismo tiempo.

En este sentido, el cuerpo como concepto y realidad juvenil adquiere una relevante importancia a partir de la pubertad, comenzando con los cambios fisiológicos y las diversas formas de relación y comunicación con los demás; por lo que desde esta experiencia hay que crear conciencia sobre las responsabilidades que tienen los propios jóvenes de cuidado para su desarrollo y disfrute.

Igual importancia asumen los aspectos relacionados con la salud mental, donde el tema de la efectividad cobra un papel relevante. Es necesario fortalecer estas condiciones afectivas donde viven los jóvenes en los ámbitos personal, familiar y comunitario, como una forma de construir los equilibrios entre la conciencia, la responsabilidad y la actuación entre cada uno de los aspectos de la vida.

La intención es fomentar entre los jóvenes el conocimiento de los problemas y sus soluciones; eliminando, tabúes y prejuicios, sin condena de sus actividades, si no informándoles, orientándoles y acompañándoles para que su vida sea satisfactoria, responsable y segura.

Los jóvenes que tienen algún tipo de servicio de salud son 14.5 millones, es decir, 38.2 por ciento. Por tanto, 60% de los jóvenes no cuentan con servicio médico que les preste una atención regular a su salud.

De hecho gran parte de ellos pierden el derecho a la seguridad social que adquieren a través de sus padres, en tanto no demuestren que siguen estudiando. Y por otra parte aunque demuestren un trabajo remunerado, a veces los empleos temporales o precarios con los que se inicia la vida laboral juvenil, no otorgan dentro de sus prestaciones el acceso a los servicios médicos.

La institución que prevalece es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dando servicio a más jóvenes derechohabientes que ninguna otra institución (más de 80%). Y, con respecto al sexo, la tendencia general es equitativa, los hombres derechohabientes representan 38.4 % y las mujeres el 38.1 %.

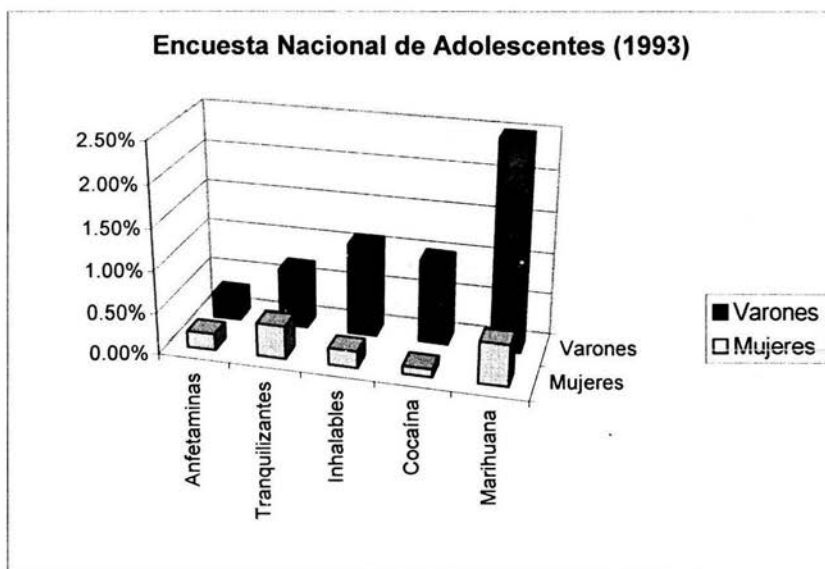
La atención médica durante el embarazo y parto es uno de los servicios en los que se ha logrado mayor cobertura. Las mujeres mayores de 24 años constituyen el grupo mayoritario.

Se observarán dos variables: el ingreso, como parte estructural para la movilidad social y económica de la población juvenil; y el acceso a servicios de salud, como condición básica para el desarrollo personal y comunitario.

El nivel promedio de ingreso de la PEA juvenil en el ámbito nacional es de 1.6 salarios mínimos al mes, lo cual permite ver el grado de exclusión económica en el cual se encuentran los jóvenes, que también va emparejado con los niveles precarios con sus condiciones laborales. Según la ENJ, solo 29.3% de los jóvenes

cuenta con contrato de trabajo; de estos, solo 38.8 % posee estabilidad laboral, pues el resto son contratos por obra determinada, eventuales o de confianza. Adicionalmente, 37 % de la PEA juvenil no tiene ninguna prestación social y 47.3% tiene, como única "prestación", el salario base.

Según datos de la encuesta Nacional de Adolescentes, entre las mujeres que habitan en zonas urbanas del país, el consumo de drogas, sin considerar el tabaco o el alcohol, aumentó del 1.13% a 2.14% para el uso alguna vez de 0.13% en 1993 a 0.45% para el uso en el año anterior a la realización del estudio. El consumo entre los varones fue seis veces superior. Los varones consumen marihuana (2.5%), cocaína (1%) e inhalables (1.1%) con más frecuencia que las mujeres (0.5%, 0.1% y 0.2% respectivamente), mientras que el consumo de tranquilizantes (0.7% y 0.4%) entre varones y mujeres respectivamente y de anfetaminas (0.3% y 0.2%) muestra menores diferencias.



Fuente: Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones.

Los centros de Integración juvenil realizaron un análisis de 5,997 mujeres que solicitaron ayuda de tratamiento entre los años de 1990 y 1997, destacando entre sus resultados que las mujeres prefieren como droga de inicio la marihuana (25.6%) y los inhalables (23.1%). Sin embargo, le siguen los depresores con utilidad médica (13.9%) y la cocaína (5.7%). El 80% de las mujeres inició el consumo entre los 10 y 19 años, pero solo el 30.1% solicitó tratamiento cinco años después del inicio del consumo. Con relación al consumo en el último mes, las drogas que reportan son la marihuana (28.9%), los inhalables (21.0%), la cocaína (14.7%), los depresores (16.8%), la heroína (2.2%) y las metanfetaminas (1.6%).

3.3 Principales causas de muerte.

El panorama epidemiológico muestra incrementos constantes en las tasa de suicidios e intentos en la población joven, por lo que este fenómeno se ha configurado como un problema de Salud Pública.

El abuso de las drogas, se configura como un elemento precipitante del suicidio y, por lo tanto, como un factor de riesgo importante a considerar. Qué el estudio llevado a cabo en el Distrito Federal con una muestra representativa de estudiantes del nivel medio y medio superior en relación entre la ideación suicida y el consumo de drogas: la ideación suicida se presentó con mayor frecuencia en los estudiantes que consumían drogas médicas prescripción – ya sean estimulantes o depresores -.

El uso de drogas y la conducta suicida fueron relacionados nuevamente en población estudiantil en 1998, siendo cuatro veces mayor el uso de cualquier droga (excluyendo al tabaco y al alcohol) alguna vez en la vida, entre aquellos estudiantes que han intentado quitarse la vida, que entre los que no reportan intento; esta proporción se mantiene al interior de cada sexo (5.3% para los hombres sin intento y 20.8% hombres con intento; 2.9% mujeres sin intento y 11.3% mujeres con intento suicida).

Morbilidad.

El término de morbilidad se refiere a la ocurrencia y frecuencia de ciertas enfermedades en una población. Para la medición se calculan tasas de incidencias por causa, las cuales expresan el número de enfermos por cada 1000 habitantes.

La principal causa por morbilidad hospitalaria entre la población joven (referida a los casos que ameritan hospitalización) agrupa a las infecciones respiratorias agudas (IRAS). En 1998, el número de casos supera los 2.8 millones, lo que implica una tasa de incidencia de 143 jóvenes por cada 1000 personas de entre 15 y 29 años.

Otras causas como las infecciones intestinales, la amibiasis intestinal y otras helmintiasis (parasitosis intestinales) se presentan con tasas de morbilidad hospitalaria de entre 31 11 y 6 casos por cada 1000 jóvenes, respectivamente, lo cual muestra una presencia sensiblemente menor que las IRAS.

Hay que destacar que a pesar de las altas tasas de morbilidad hospitalaria por estos padecimientos, los mismos que aparecen entre las principales causas de muerte en la población de entre 15 y 29 años.

Mortalidad.

La mortalidad es un fenómeno que se presenta de manera diferenciada entre la población de distintas edades y sexos.

El fenómeno es más o menos intenso en el primer quinquenio de vida, en especial durante el primer año, descendiendo a su mínima expresión entre los 5 y 14 años y después se eleva conforme aumenta la edad. También se observan importantes diferencias por sexo, donde los hombres en general muestran una mortalidad mayor que las mujeres especialmente entre los 15 y los 19 años de edad.

La razón de mortalidad hombre – mujer es de 7:11, muy por arriba del promedio latino americano (5:11). Esto se explica por la mayor propensión de los hombres a las conductas de alto riesgo: mala nutrición, tabaquismo, alcoholismo y drogas, exposición a ambientes peligrosos y violentos, y relaciones sexuales sin protección.

En especial el periodo de la juventud, acentúa los riesgos diferentes de muerte entre hombres y mujeres. En este sentido, la sobre mortalidad masculina comienza a crecer desde los 5 años y alcanza sus valores máximos entre la población de 20 a 29 años. A partir de los 30 años, dicho índice comienza a disminuir.

Muertes por accidentes y violencia.

En México, las lesiones provocadas por accidente de tránsito ocupan el tercer sitio entre las principales causas de muerte. El total de muertes por esta causa registradas en el país en 1997 fue de 14 543, lo que represento la muerte diaria de 40 personas y la pérdida de 454 903 años potenciales de vida, 77% de estas muertes ocurrieron en zonas urbanas y carreteras, y la población mas afectada fueron los varones de entre 15 y 29 años de edad.

Según los datos de 1998, entre los jóvenes de 15 a 29 años los accidentes de trafico de vehículos de motor constituyen la primera causa de defunción con una tasa de 56.9% por cada 100 mil jóvenes. Para las mujeres representa la segunda causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 10.1%.

Los accidentes de vehículo de motor, regularmente están asociados al consumo de alcohol.

En el mismo año, las muertes asociadas a las agresiones (homicidios) representaron la segunda causa de defunción entre los jóvenes de entre los 15 y los 29 años, con una tasa de 35%.

El suicidio adolescente y su relación con el uso de drogas en el DF. El panorama epidemiológico muestra incrementos constantes en las tasa de suicidios e intentos en la población joven, por lo que este fenómeno se ha configurado como un problema de Salud Pública.

El abuso de las drogas, se configura como un elemento precipitante del suicidio y, por lo tanto, como un factor de riesgo importante a considerar. Qué el estudio llevado acabo en el Distrito Federal con una muestra representativa de estudiantes del nivel medio y medio superior en relación entre la ideación suicida y el consumo de drogas: la ideación suicida se presentó con mayor frecuencia en los estudiantes qué consumían drogas médicas prescripción – ya sean estimulantes o depresores -.

El uso de drogas y la conducta suicida fueron relacionados nuevamente en población estudiantil en 1998, siendo cuatro veces mayor el uso de cualquier droga (excluyendo al tabaco y al alcohol) alguna vez en la vida, entre aquellos estudiantes que han intentado quitarse la vida, que entre los que no reportan intento; esta proporción se mantiene al interior de cada sexo (5.3% para los hombres sin intento y 20.8% hombres con intento; 2.9% mujeres sin intento y 11.3% mujeres con intento suicida).

Sistema epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).

El sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones (SEED) es el resultado de la coordinación entre las áreas de la Dirección General de Epidemiología y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

El informe preliminar de las estadísticas, correspondientes a las defunciones ocurridas en el 2001 en nuestro país, incluye a poco más del 96% de las defunciones esperadas, por lo cual podemos considerar que los datos presentes tendrán variaciones mínimas que no cambiarán significativamente su interpretación cuando se incluya al 100% de los certificados de defunción.

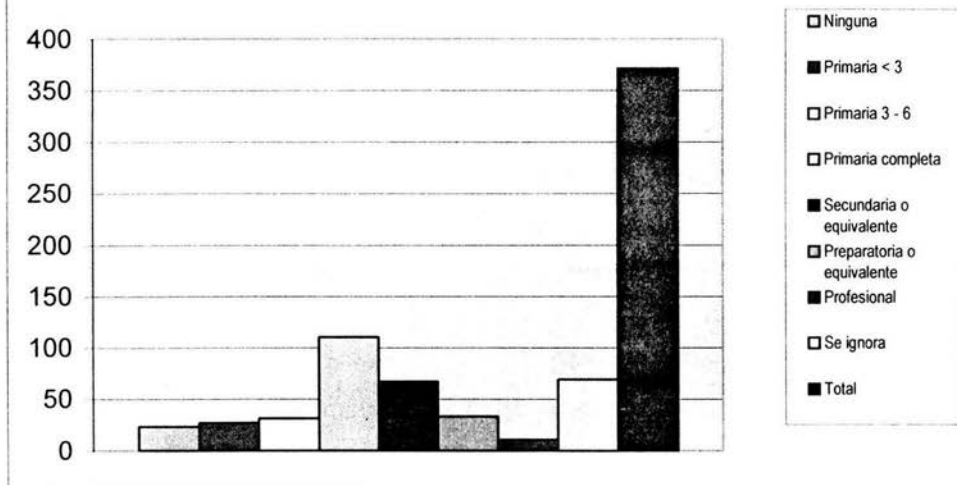
Se han registrado en total 421,249 defunciones de las que 4,355 (1%) fueron codificadas (CIE-10) como debidas al consumo de drogas, incluyendo alcohol y tabaco. De ellas, 92% correspondieron al género masculino (4,024) y el 8% al femenino (329), con una razón de masculinidad de 12:1; cuando excluimos al alcohol y al tabaco, dejando sólo a las otras drogas esta razón disminuye a 5.7 hombres por cada mujer, y en el caso del tabaco fallecieron 3.5 hombres por cada mujer.

Mortalidad debida al uso de sustancias psicotrópicas México 2001

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

CIA-SSA	Masculino	Femenino	Total	Tasa
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos	31		31	0.51
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	1	1	2	0.01
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos	1	1	2	0.01
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	14	4	18	0.26
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína	2	1	3	0.04
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos	1	0	1	0.01
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes móviles	12	4	16	0.23
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	218	28	246	3.6
Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos psicodislépticos (Alucinógenos), no clasificados en otra parte	16	3	19	0.27
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte	2	2	4	0.05
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte	2	0	2	0.02
Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas	2	0	2	0.02
Envenenamiento por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, de intención no determinada	2	4	6	0.08
Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte, de intención no determinada	12	3	15	0.23
SUBTOTAL DROGAS	316	51	367	6.4
Trastornos mentales del comportamiento debidos al uso de tabaco	134	38	172	2.5
Trastornos mentales del comportamiento debidos al uso de alcohol	3547	235	3782	95.4
Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol	14	0	14	0.2
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol	0	2	2	0.01
Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada	13	0	13	0.1
SUBTOTAL ALCOHOL	3708	275	3983	96.8
TOTAL	4024	326	4350	88.8

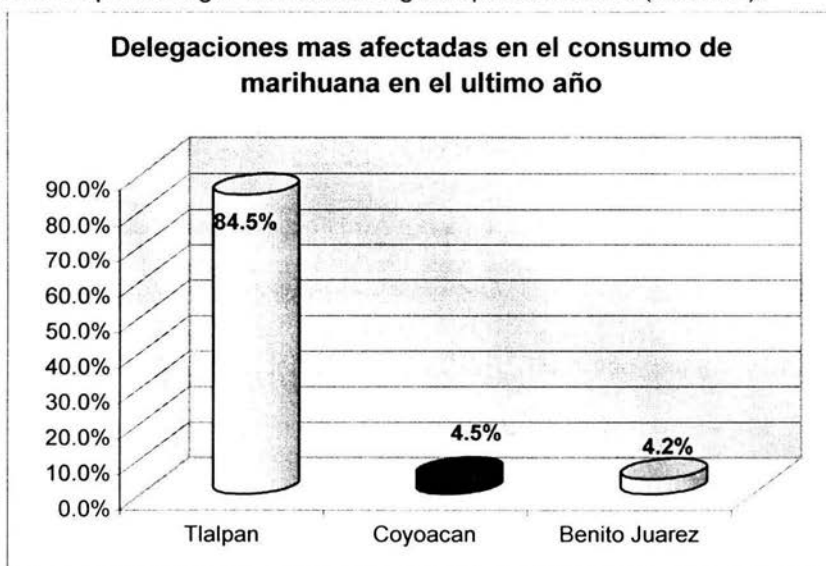
Muestras por consumo de drogas por escolaridad México 2001



Fuente: Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del DF en Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría.

En los centros de tratamiento, la marihuana persistió en 2001 como droga de inicio, en segundo lugar después del alcohol (SISVEA). La droga que los lleva a buscar ayuda o tratamiento en los centros de integración juvenil (CIJ) es a cocaína, seguida por la marihuana. En las organizaciones no gubernamentales (ONG), se encuentra en primer lugar la cocaína seguida por la heroína (SISVEA).

Delegaciones más afectadas en el consumo de marihuana en el último año



Fuente: Estudios Epidemiológicos de Pacientes atendidos en centros de Integración Juvenil.

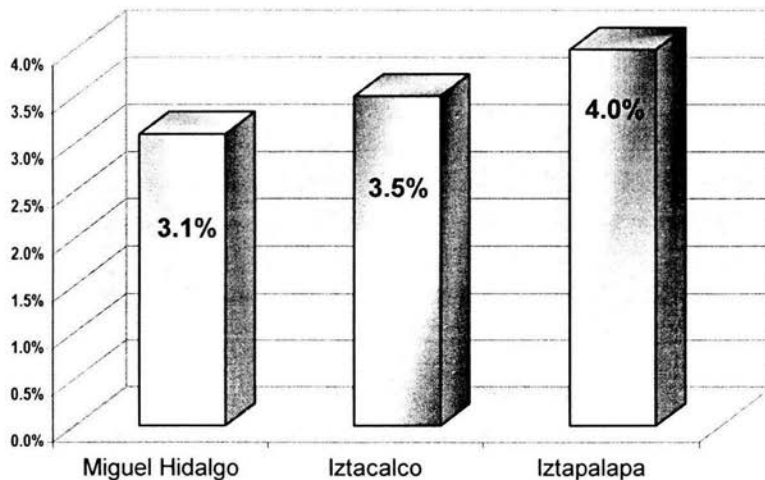
En cuanto al consumo en el último año de cocaína, la delegación más afectada es la de Venustiano Carranza (3.8%), ya que es la única con un promedio superior al del Distrito Federal. En tanto, las delegaciones menos afectadas son Tlalpan (1.6%), Xochimilco (1%) y Milpa Alta (0.9%).



Fuente: El consumo de drogas en diferentes delegaciones. Análisis de condiciones líneas de acción 1995-2000 Centros de Integración Juvenil.

En cuanto al consumo de inhalables en el último año a la encuesta. Las delegaciones con mayor problemática son Miguel Hidalgo (3.1%), Iztacalco (3.5%) e Iztapalapa (4%).

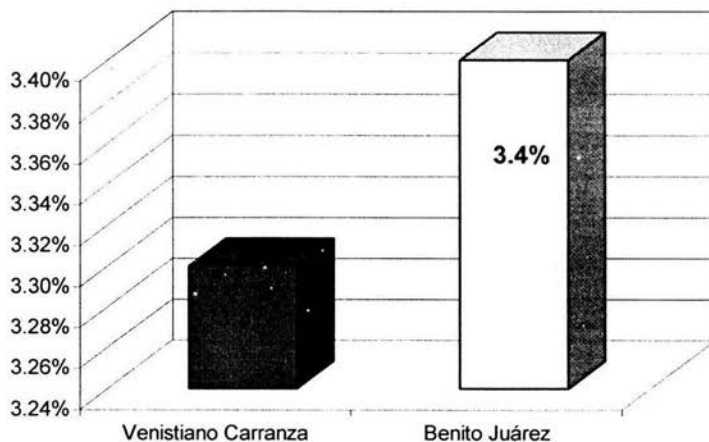
Encuesta del consumo de inhalables de las delegaciones con mayor problemática del último año



Fuente: Estudios Epidemiológicos de Pacientes atendidos en centros de Integración Juvenil.

Finalmente, en cuanto al consumo en el último año de tranquilizantes, con más alta prevalencia son Venustiano Carranza (3.3%) y Benito Juárez (3.4%).

Delegaciones con mas alta prevalencia en el consumo de tranquilizantes del ultimo año



Fuente: Estudios Epidemiológicos de Pacientes atendidos en centros de Integración Juvenil.

En los pacientes de los centros de tratamiento no gubernamentales, de quienes iniciaron su consumo de drogas con heroína (2.9%), solo 36% optaron por incluir a otras drogas en su menú, siendo así que el grupo de menor proporción pasó a una segunda droga. Quienes lo hicieron prefirieron la cocaína en 55.1%, seguida de cristal 12.5%, marihuana 8% alucinógenos 6% y alcohol 4.5%; en este grupo, 39% incluyó a una tercera droga ocupando la marihuana el primer sitio (22%), cristal el segundo (19%), cocaína y tranquilizantes el tercer sitio con 17.4% cada una y en el cuarto lugar el alcohol con 6%.

Las mujeres llegan más oportunamente al tratamiento, con menos años de consumo (SISVEA).

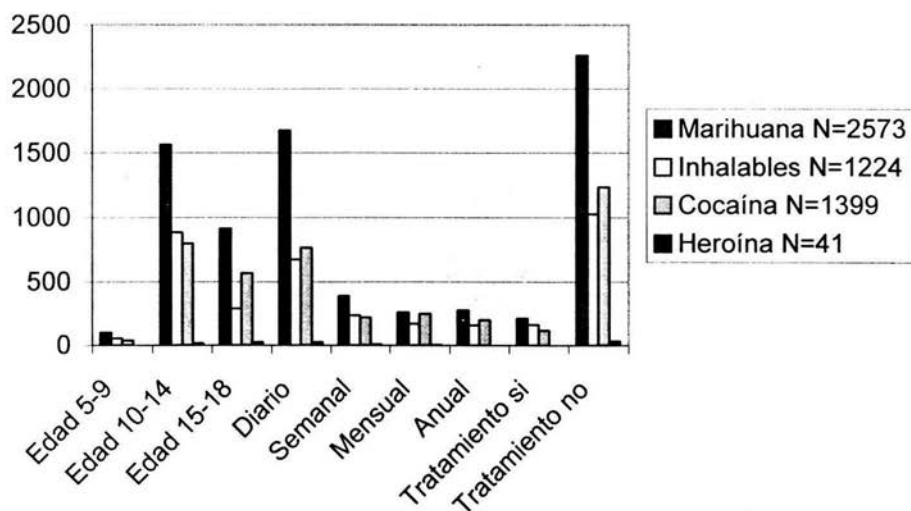
Además, se confirman las tendencias de modificación en la forma del uso de drogas desde inicios de 1990 hasta la fecha. Se evidencia un uso creciente de cocaína, probablemente asociado también al aumento del uso de depresores con utilidad médica (se explica quizás el uso combinado de cocaína con Rohypnol) registrado a mediados de la década (SISVEA, CIJ).

Destaca la disminución en el consumo de solventes inhalables y más recientemente, de marihuana, lo cual lleva a la cocaína a situarse como la sustancia de mayor referencia (SISVEA, CIJ).

En comparación con patrones de consumo entre hombres y mujeres, se observa una menor severidad en ellas. Es menor el porcentaje de usuarias de 2 o más drogas, tanto alguna vez en la vida como en los 30 días previos, así como una proporción más baja de casos de uso problemático o de dependencia, así como un menor uso de crack, alcohol, marihuana, inhalables, cocaína y heroína. Esto puede asociarse con el hecho de que las mujeres acuden más tempranamente a tratamiento (SISVEA, CIJ).

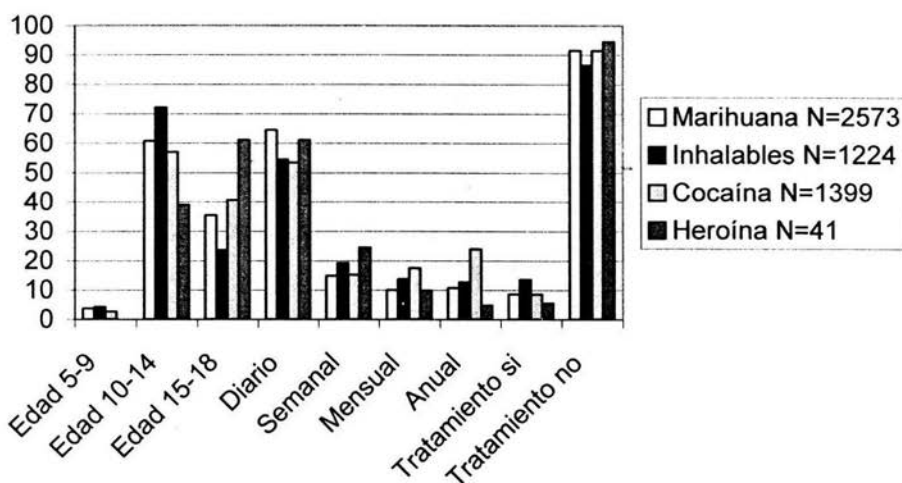
De forma contraria, diversos indicadores señalan una complejidad creciente en el consumo de drogas en mujeres, ya que hay una mayor proporción que inicial el uso con metanfetaminas, tranquilizantes menores y Rohypnol.

Patrón de consumo en menores infractores 2001



Fuentes: SISVEA, Consejo tutelar de menores DGE, SSA, 2001.

Patrón de consumo en menores infractores 2001 (%)



Fuentes: SISVEA, Consejo tutelar de menores DGE, SSA, 2001.

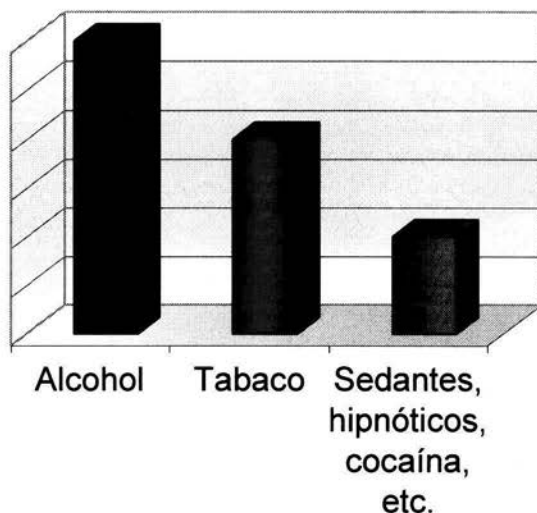
En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las consultas originadas en el año 2001 por problemas debidos al consumo de alcohol ocuparon, por mucho, el primer lugar de todos los grupos de edad; el segundo lugar de demandas de consulta fueron aquellas catalogadas como múltiples drogas y otras sustancias (SISVEA, IMSS).



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la demanda registrada ese mismo año de consulta por consumo de drogas, tales como sedantes o hipnóticos, estimulantes, cocaína, cannabioides y otras, se ubicó en tercer lugar, después de casos nuevos asociados a tabaco y alcohol (SISVEA, ISSSTE).

Consultas originadas 2001 por consumo de drogas (ISSSTE)



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA.

Cuando se trató de sedantes o hipnóticos, la demanda de consulta por mujeres superó a la de los hombres en ambas instituciones (SISVEA, IMSS, ISSSTE). En la Ciudad de México, información proveniente de instituciones del sector salud y procuración de justicia en el año 2001, relativa al uso de drogas alguna vez, último año y último mes, ubica como las drogas más empleadas por hombres y mujeres a la cocaína, marihuana e inhalables en ese orden (SISVEA, SRID).

3.4 Instituciones de asistencia al adolescente.

Servicio de tratamientos.

Diversas instituciones en México brindan tratamiento a la población con problemas de adicciones. El tratamiento está disponible en hospitales públicos y privados, centros especializados y grupos de autoayuda. Existen hospitales en donde los adictos son desintoxicados y otras instituciones donde se brinda tratamiento psiquiátrico farmacológico.

Instituciones no gubernamentales que brindan tratamiento sobre adicciones 1998.

INSTITUCION	OBJETIVO	ACTIVIDAD-PROGRAMA
GRUPO DE AUTOAYUDA		
Drogadictos Anónimos Narcóticos Anónimos	Brindar Tratamiento a población adicta basándose en el programa de doce pasos de los alcohólicos anónimos cuenta con albergue. Brinda tratamiento a población adicta basando en los doce pasos.	19 grupos de autoayuda en la república mexicana 68 grupos de autoayuda en la república mexicana.
COMUNIDAD TERAPEUTICA		
Fundación hogar integral de la juventud. Comunidad Terapéutica para mujeres de la fundación ama la vida.	Busca la recepción, rehabilitación, cura y reinserción social y profesional.	Brinda 3 áreas: residencial, semi-residencial, ambulatorios.
CLINICAS PRIVADAS ESPECIALIZADAS		
Monte fénix, centro de integración para adictos y familiares, oceánica en el distrito federal y la clínica sol en el Edo. de Guanajuato	Ofrecen programa de tratamiento y recuperación.	Estancia prolongada con servicios profesionales y un programa de recuperación basado en los doce pasos.
INSTITUCIONES DE SALUD CON SERVICIOS ESPECIALIZADOS		
Hospital español, Clínica san Rafael, Centro de rehabilitación Terapéutica para las adicciones (creta) y la Clínica especializada para alcoholismo y dependencias.	Ofrecen diversas modalidades terapéuticas específicas para los adictos.	Desintoxicación, estancias con servicios profesionales y programas de recuperación.

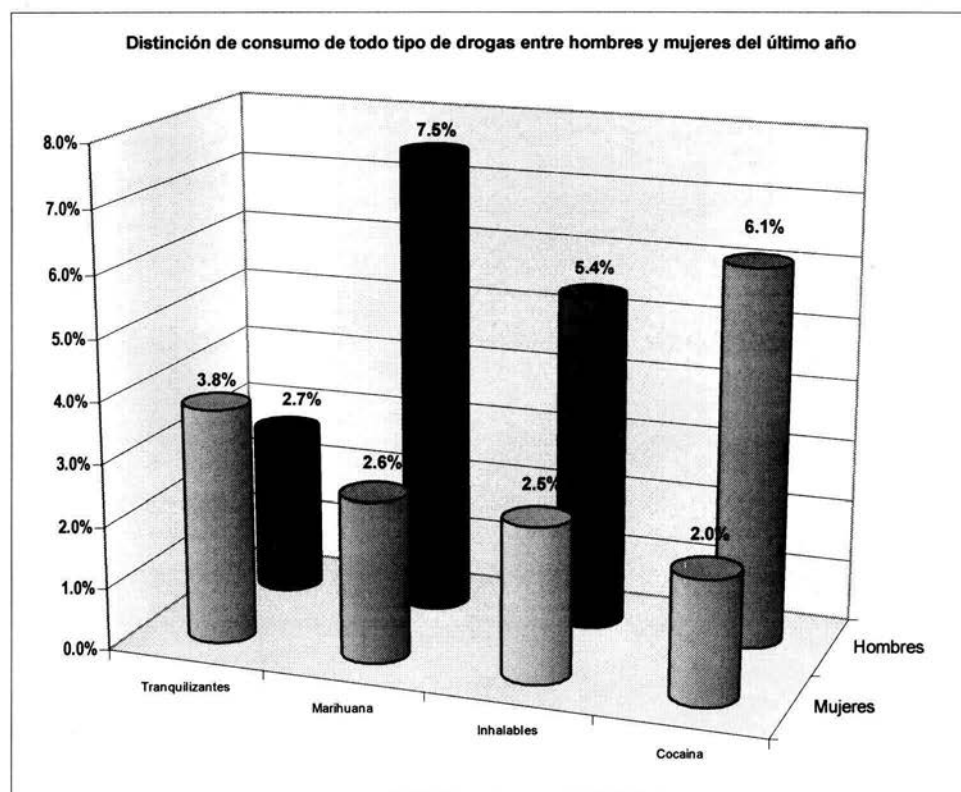
Hasta 1998 se contaba con información de 180 organismos que trabajan en la ciudad de México y su área metropolitana. De acuerdo con el Sistema de Reporte Interinstitucional del CONADIC, de 1996 a enero de 1999 se realizaron 227,005 diagnósticos, 101,462 orientaciones y 23,601 derivaciones, además de que se otorgaron 97,982 consultas de primera vez; 10,583 pacientes fueron atendidos en unidades de hospitalización y 9,584 en servicios de desintoxicación.

En cuanto al consumo en el último año de cocaína, la delegación más afectada es la de Venustiano Carranza (3.8%), ya que es la única con un promedio superior al

del Distrito Federal. En tanto, las delegaciones menos afectadas son Tlalpan (1.6%), Xochimilco (1%) y Milpa Alta (0.9%).

En cuanto a las preferencias del uso de drogas, para las mujeres la droga de mayor preferencia son los tranquilizantes (3.8%) seguidos por la marihuana (2.6%), los inhalables (2.5%) y la cocaína (2%).

En tanto para los hombres el orden es la marihuana (7.5%), la cocaína (6.1%), inhalables (5.4%) y tranquilizantes (2.7%).



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Encuesta Nacional de Adicciones.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).

El SISVEA se establece en ciudades seleccionadas (Ciudad SISVEA) por sus características específicas, como las sociodemográficas y porque registra importante afluencia turística, o porque son capitales estatales. Todas ellas representan áreas de riesgo en cuanto al fenómeno de las drogas, como ejemplo, las ciudades más importantes de la frontera norte.

Para cumplir su objetivo el SISVEA se apoya en tres estrategias de recolección de información. La primera, denominada información continua, recaba información

proporcionada por instituciones que abordan el problema de las adicciones desde diferentes aspectos como el médico, el social, el jurídico, cuyas fuentes de información incluyen: centros de tratamiento y rehabilitación de adictos pertenecientes a organismos gubernamentales y no gubernamentales; consejos tutelares de menores, servicios médicos forenses, clínicas para dejar de fumar, grupos de ayuda mutua y hospitales de especialidad psiquiátrica.

Una segunda estrategia es la de encuestas centinela (Semana típica), que se realiza durante una semana de cada semestre en los servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel de atención y en servicios de emergencias médicas como la Cruz Roja y la Cruz Verde. Se recaban los datos durante las 24 horas de cada día, a todo paciente mayor de 12 años de edad que demande este servicio, de tal forma que se puede relacionar la morbilidad y principalmente las lesiones por causa externa asociadas al uso de drogas.

Existe una tercera estrategia, denominada encuestas continuas, caracterizada por la realización de encuestas probabilísticas y no probabilísticas con las que es posible evaluar la prevalencia de uso del tabaco, alcohol y otras drogas, conocimiento sobre actitudes y prácticas en población general, hogares, lugares de trabajo, escuelas y otros ámbitos que por su nivel de riesgo son seleccionados.

La recolección de datos se realiza a través de cuestionarios específicos diseñados de acuerdo con los registros habituales de cada institución u organismo informante, lo cual facilita su operación, y permite aprovechar de manera óptima las actividades y los tiempos. Se incluyen tres grandes grupos de variables: sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación, ocupación), patrón de consumo (edad de inicio, primera droga, droga actual, droga de impacto, frecuencia de uso) y tipo de sustancias (ilegales, médicas), más algunas otras variables de acuerdo al interés especial de cada fuente de información.

Consumo de Heroína.

Acerca del número de años que tenían consumiendo heroína, encontramos que 35% de los usuarios llevaban entre uno y cinco años, 29% entre 6 y 10 años; en un rango de uso más amplio, entre 10 y 20 años se situaron 29% de los usuarios, 13% de ellos llevaban entre 21 y 40 años de consumo y sólo 3.6% mencionaron que la estaban utilizando hacia menos de un año. Casi el 60% de las mujeres usuarias de heroína tenían 3 años o menos de estar consumiéndola, a diferencia de los hombres que sólo 44% de ellos llevaba tres años o menos tiempo de consumirla. Entre los años de consumo de la droga y la edad de los usuarios lo cual nos sugiere que a mayor edad, mayor número de años de consumo. Sin embargo, esta asociación no es muy fuerte.

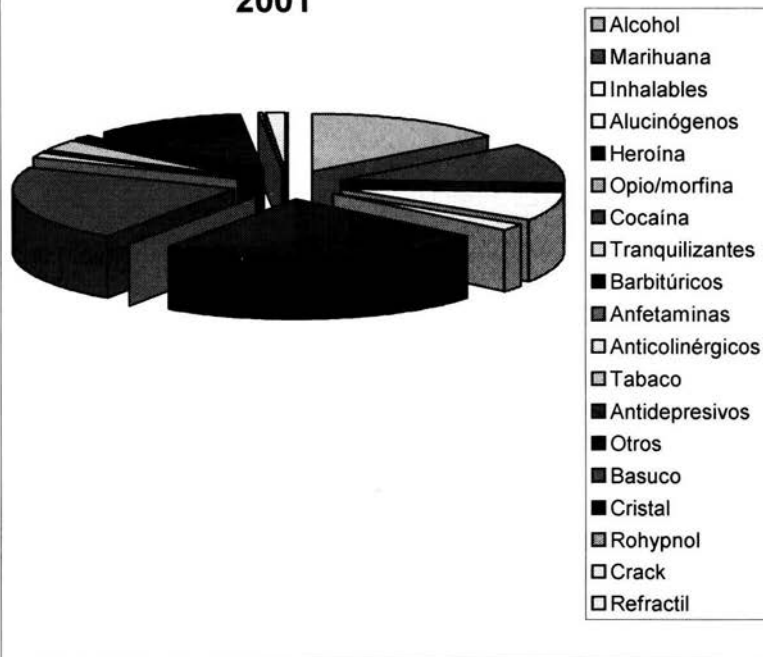
Droga de impacto.

Entre las personas que acudieron a solicitar ayuda a los centros de tratamiento gubernamentales (CIJ), las drogas de impacto reportadas en orden de frecuencia fueron: cocaína 39.9%, marihuana 20.4%, solventes inhalables 11.6, alcohol 9.9%, crack 5.6% y cristal 4.6%. En comparación con lo anterior entre las notificadas por los ONG, encontramos a la heroína con el mayor porcentaje con 23.6%, seguida por la cocaína con 21.6%, el alcohol con 14.3%, la marihuana con 11.5%, el cristal con 10.9% y solventes e inhalables 8.3%.



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

Droga reportada en centros de tratamiento no gubernamentales 2001



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

Centros de Tratamiento en zona Norte.

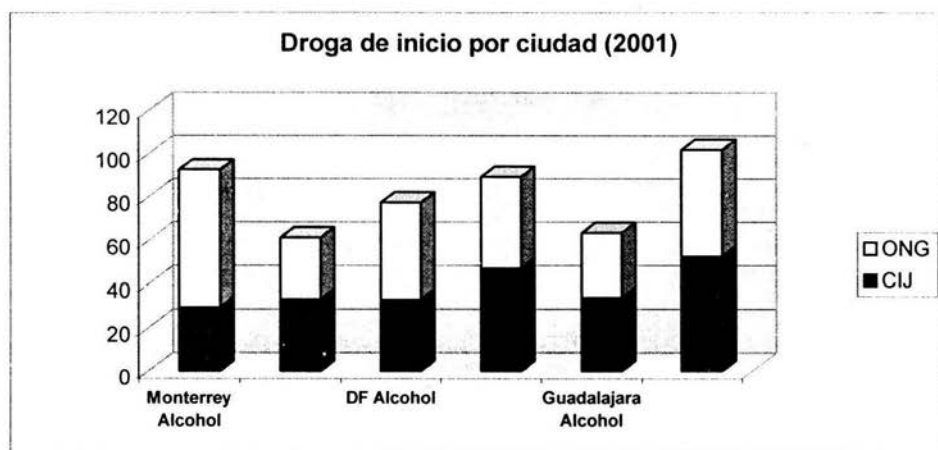
Los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (ONG) con representación en las once ciudades de la zona norte (Ciudad Juárez, Culiacán, Chihuahua, Durango, Ensenada, Matamoros, Mexicali, Monterrey, Nogales, Nuevo Laredo y Tijuana), reportaron a la marihuana como la droga de inicio en siete de ellas (64%) siguiendo en orden de frecuencia el alcohol en dos (18%) y el tabaco en otras dos (18%). De las siete ciudades con representación de los Centros de Integración Juvenil (Ciudad Juárez, Culiacán, Chihuahua, Durango, Mexicali, Monterrey y Tijuana), cinco de ellas (71 %) reportaron al alcohol como droga de inicio.

Por otro lado, como droga de impacto los ONG registraron a la cocaína en 4 ciudades (36%) y a la heroína en tres de ellas (27%), y los CIJ a la cocaína en tres ciudades (42%) y al cristal y a la marihuana en dos (29%) cada una. De dieciocho resultados, es decir, notificación de once ciudades por ONG y siete ciudades por CIJ, el patrón que se repite con mayor frecuencia es el de "inicio alcohol, impacto cocaína" (22%), seguido por "inicio marihuana, impacto heroína" (17%), e "inicio marihuana, impacto cocaína" (11 %).

Centros de tratamiento Zona Centro.

En la zona centro, las ONG incluyen a ocho ciudades del SISVEA (Aguascalientes, Distrito Federal, Guadalajara, León, Pachuca, Querétaro, San Francisco del Rincón y San Luis Potosí, de las cuales los CIJ cubren siete de ellas exceptuando a San Francisco del Rincón; las ONG registraron al alcohol como droga de inicio en cuatro ciudades (50%) y al tabaco y solventes inhalables en dos cada uno (25%); de los CIJ la notificación de droga de inicio correspondió al tabaco (57%), seguido por el alcohol (43%), Así también, como droga de impacto los ONG y los CIJ notificaron en primer sitio a la cocaína en cinco ciudades.

En esta zona, el patrón que aparece con mayor frecuencia es el de "inicio alcohol, impacto cocaína" (40%) seguido por "inicio tabaco, impacto cocaína" (27%) e "inicio tabaco, impacto solventes inhalables" (13%), es de hacer notar que no aparece referida la heroína como droga de impacto.



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Secretaría de Salud.

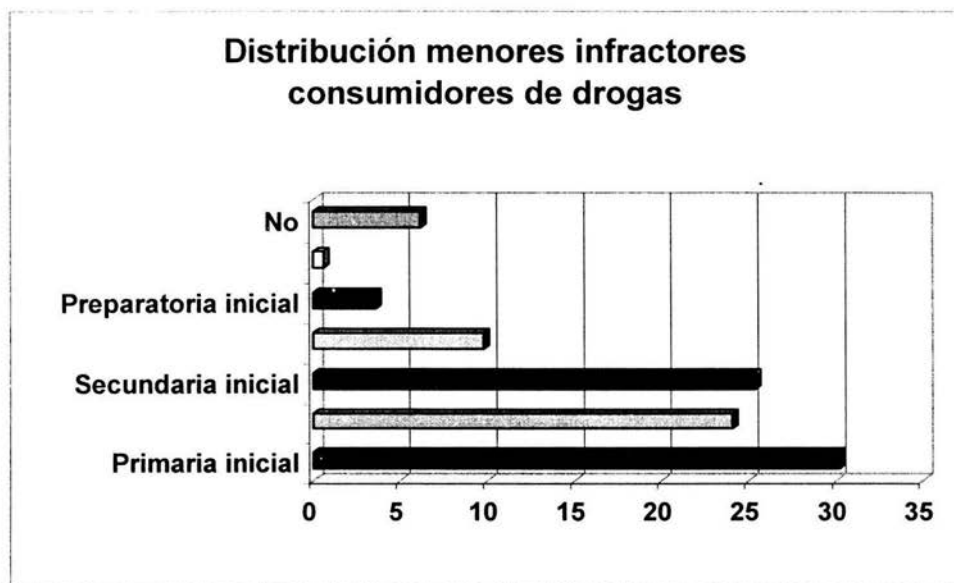
Consejos tutelares de menores.

Durante 2001 los Consejos tutelares de menores registraron el ingreso de 6341 infractores, cuatro mil de ellos (63%) consumen sustancias psicoactivas habitualmente. La mayor notificación se recibió del estado de Jalisco con el registro de 2006 menores (50.2%). Del total de infractores que consumían drogas habitualmente 61% correspondía a ingresos de primera vez, 32% habían ingresado previamente entre 2 a 4 veces y 6.8%, es decir, para 241 menores era la quinta vez o más que los detenían. El predominio de menores infractores de sexo masculino (95.2%), fue notorio, con una razón de masculinidad de casi veinte hombres por cada mujer entre aquellos que mencionaron consumo habitual de drogas.

Si observamos el estado civil de los menores infractores recluidos en los consejos tutelares, encontramos congruencia con la edad de los mismos, puesto que 93.1% (3702) se encontraban solteros y 5.4% (213) en unión libre. Llama la atención encontrar entre estos grupos a personas divorciadas, separadas o viudas.

Así mismo, 42.9% (1699) mencionaron dedicarse a trabajos en la categoría de subempleados, 25.6% (1015) refirieron ser empleados, 11.2% estudiantes, en diecinueve de ellos (0.5%) su ocupación era el hogar y 19.8% (785) citaron no tener ninguna ocupación.

De acuerdo con las características de institución que se encarga de los infractores menores de edad, el grupo en el cual se situaron con mayor frecuencia fue de 15 a 18 años de edad, con 79.2% de los ingresos y los restantes (20.8%) se ubicaron en el de 10 a 14 años. La mayor proporción de los menores infractores que refirieron consumir drogas habitualmente, tenían un nivel de escolaridad de primaria incompleta (30.2%), siguiendo en orden de frecuencia: secundaria incompleta (25.4%), la primaria completa (24.1%), secundaria completa (9.8%), 167 (4%) de ellos ingresaron al bachillerato, de los cuales 23 (0.6%) lograron completar este nivel; es de hacer notar que 6.2% (243) de estos jóvenes mencionaron no contar con ningún estudio formal.



Fuente: SISVEA, Consejo Tutelar de Menores, DGE, SSA, 2001.

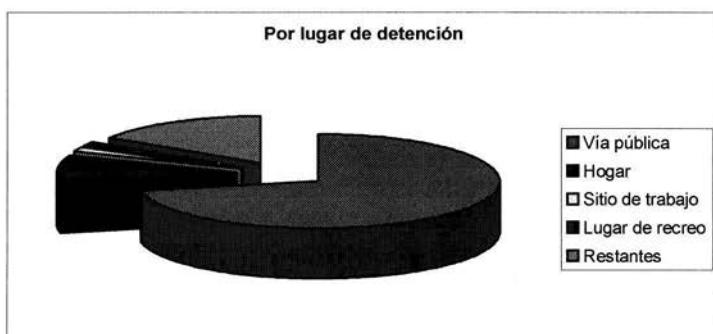
Acerca de las características de los rasgos de personalidad de estos menores, en lo que es posible incluir más de uno, sobresalieron en la tipificación de los individuos, los definidos como extrovertidos (1821) alcanzando 57%, en tanto que 55.6% (931) resultaron dependientes, 52.1% pasivos y 51.2% ansiosos. El rasgo menos frecuente fue el de introvertido, en 43% de los casos.

Con respecto al patrón de consumo de sustancias psicoactivas, encontramos que la mayor proporción (35%) de los menores infractores que mencionaron usar habitualmente drogas consumía marihuana, siguiendo en orden de frecuencia cocaína (19%), inhalables (17%), tabaco (15%) y alcohol (14%). Es importante hacer notar que 41 (0.5%) individuos mencionaron el uso de heroína; la droga ilegal que con mayor frecuencia citaron utilizar diariamente fue la marihuana (64.4%) seguida por la heroína (61 %), los inhalables (54.5%) y la cocaína (53.4%); de las legales el tabaco fue la principal con 82.5% menores que lo utilizaban a diario.

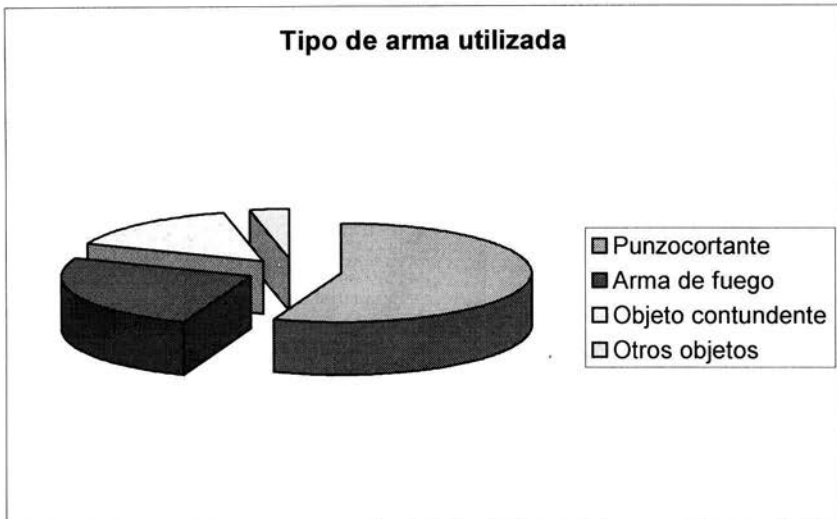
La de mayor frecuencia de consumo semanal fue el alcohol (40%) y la heroína (24%). Al indagar sobre si habían recibido algún tratamiento con anterioridad para dejar de consumir sustancias psicoactivas, 94.4% mencionó que no y sólo 5.6% había recibido tratamiento previo, de estos últimos la mayor proporción se encontró entre los que habían sido tratados por el uso de inhalables (13.5%), siguiendo en orden de frecuencia cocaína y marihuana 8.5% cada una, heroína 5.6%, alcohol 5.2% y tabaco 4.4%.

Con referencia al tipo de infracción cometida por quienes utilizaban sustancias psicoactivas habitualmente, el "robo" fue el que con mayor frecuencia (45.5%) motivó la detención, seguido por "delito contra la salud" (23.5%) y "consumo de drogas" (10.1 %).

De acuerdo con el lugar en el cual se cometió la infracción por la que detuvieron al menor, 71.6% se realizó en la vía pública, 9.6% en el hogar, 1.6% en el sitio de trabajo, 1.3% en un lugar de recreo y en los demás sitios registrados con frecuencias menores. De las infracciones cometidas por los menores, en 16.8% (635) de ellos, se utilizó algún tipo de arma correspondiendo a los objetos punzocortantes la mayor proporción (55.7%) con 349 infracciones, siguiendo en orden de frecuencia las armas de fuego con 159 casos (25.4%) y aquellos en los que se empleó algún objeto contundente (15.5%).



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

Al momento de cometer la infracción, 1,260 (33.4%) menores de los, que habitualmente consumen drogas, se encontraban bajo el efecto de alguna de ellas. Las sustancias adictivas que con mayor frecuencia se identificaron como aquellas bajo cuyos efectos el menor cometió la infracción, fueron en orden de frecuencia: marihuana en 434 casos (34.4%), alcohol en 346 (27.4%), solventes inhalables 268 (21.3%) y cocaína en 61 infracciones (4.8%). Proporciones menores a esta última se registraron en otras diez drogas asociadas.



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

3.5 Centros de Atención de la Salud.

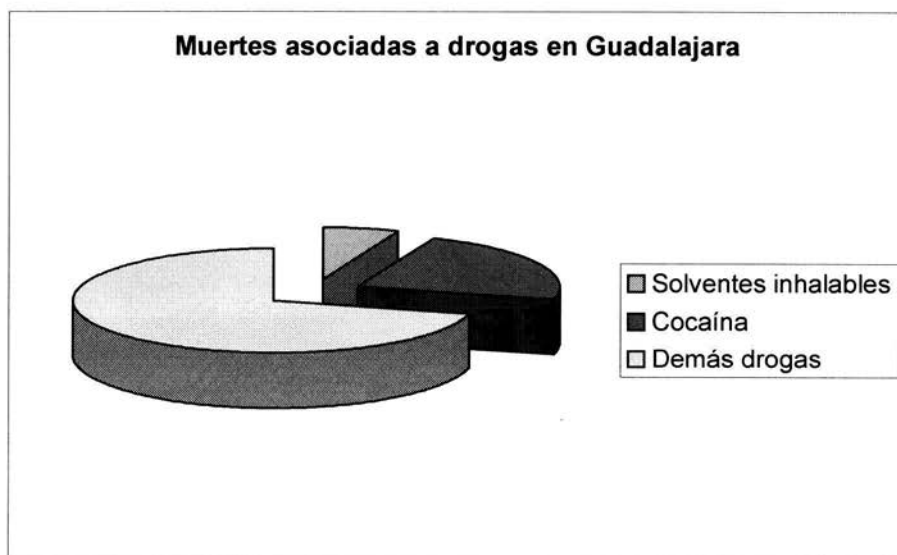
Servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel de atención y en servicios de emergencias médicas.

La segunda estrategia implementada para la vigilancia epidemiológica de las adicciones se realiza mediante encuestas centinela en los Servicios de urgencia de hospitales institucionales y de servicios de emergencias médicas como la Cruz Roja, que brindan atención médica a población demandante con daños a la salud.

Servicios médicos forenses (semefo).

Dentro de la primera estrategia del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones se incluye la de obtención de información acerca de las muertes registradas en los servicios médicos forenses (SEMEFO) por causa accidental intencional asociadas a drogas psicoactivas.

El mayor número de notificaciones se reciben del SEMEFO de la ciudad de Guadalajara, con 450 defunciones asociadas a drogas alcanzando el 28.6%.



Fuente: Sistema de Reporte de Información de Drogas de Salud.

Historia Natural del Consumo de drogas teniendo como droga de inicio la marihuana (2001, Centros de Integración Juvenil).

Centros de Integración Juvenil.

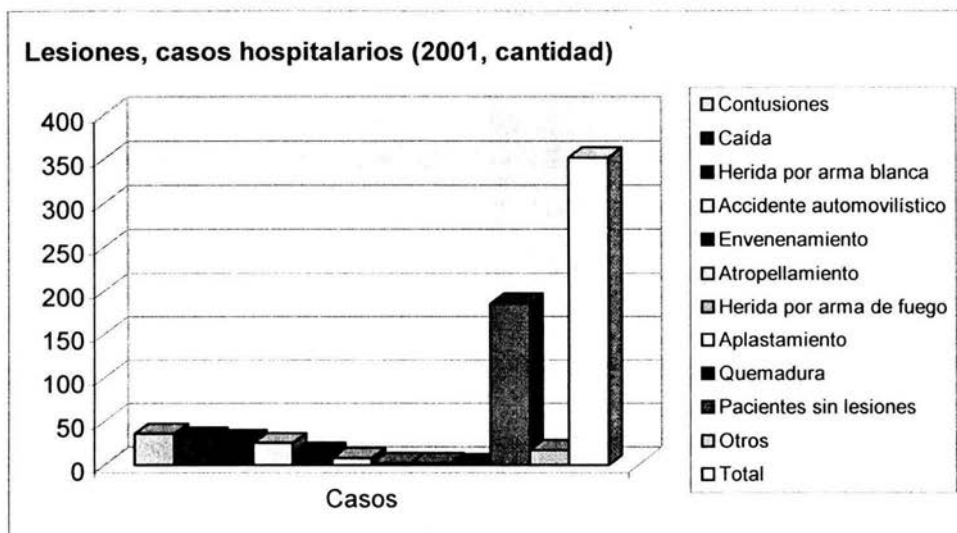
Marihuana: 1762 casos, Segunda droga 1571 (89.2%)
Del total 10.8% sólo utilizan una droga.

Fuente: SISVEA, Centros de tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil y no Gubernamentales (ONG) DGE, SSA, 2001

Historia Natural del Consumo de drogas teniendo como droga de inicio la cocaína (2001, Centros de Integración Juvenil)

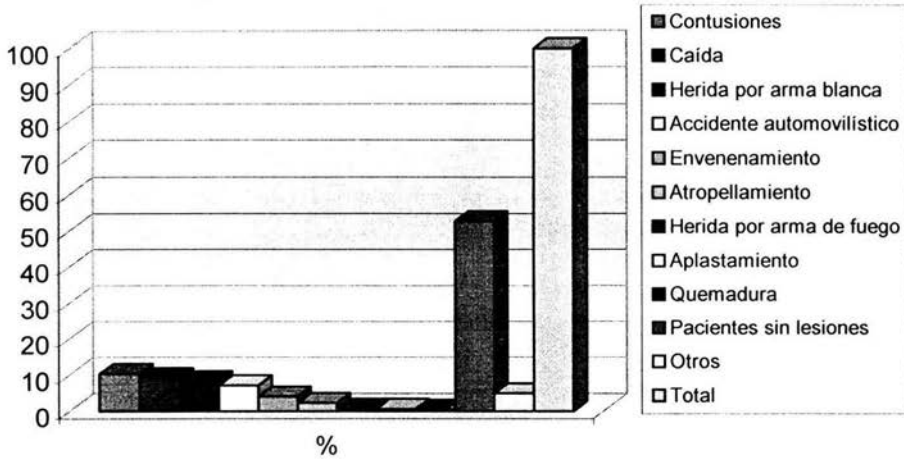
Cocaína: 1115 casos, Segunda droga 570 (51.1%)
Del total 48.9% sólo utilizan una droga.

Fuente: SISVEA, Centros de tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil y no Gubernamentales (ONG) DGE, SSA, 2001



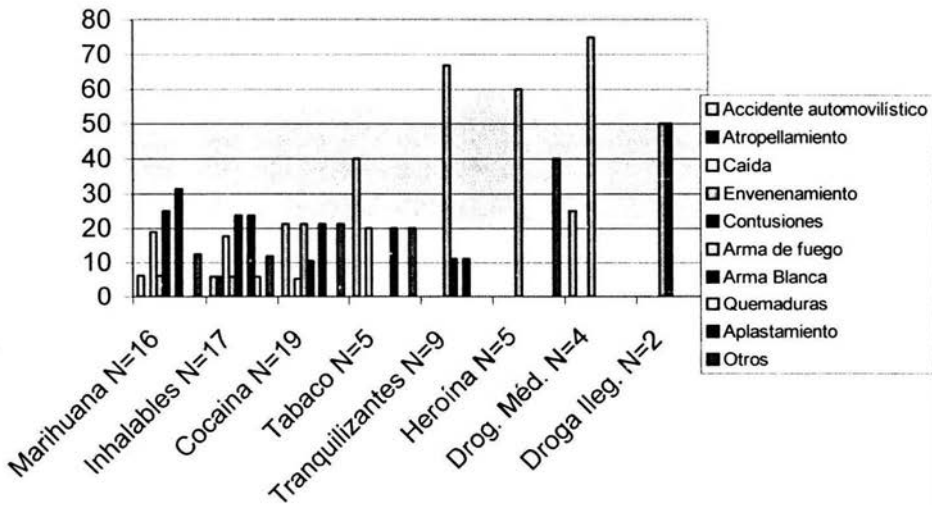
Fuente: SISVEA, Consejo Tutelar de Menores, DGE, SSA.

Lesiones, casos hospitalarios (2001, %)



Fuente: SISVEA, Consejo Tutelar de Menores, DGE, SSA.

Proporción de lesiones de urgencia, según tipo de droga (2001)



Fuente: Estudios epidemiológicos de Pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil.

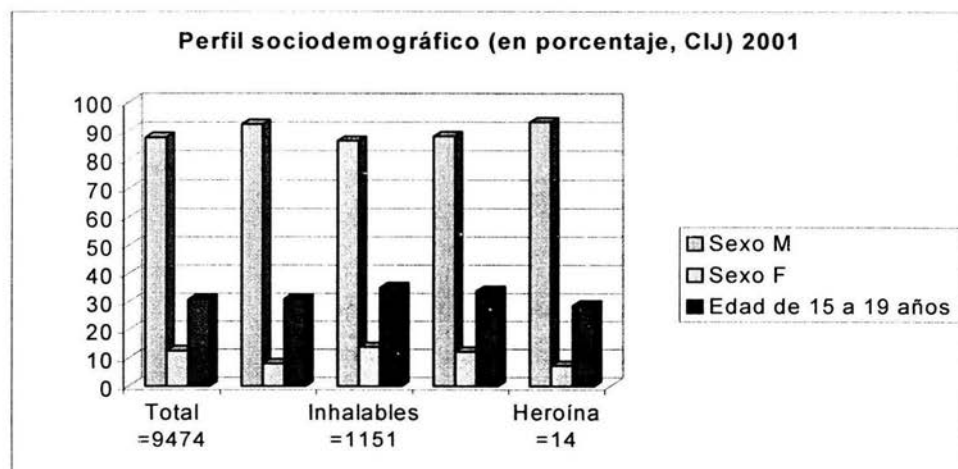
Sistema de información epidemiológica del consumo de drogas (SIECD) Centros de Integración Juvenil.

Centros de integración juvenil (CIJ) es una asociación civil que ofrece desde 1969, servicios de atención a las adicciones. Actualmente, cuenta con una red de 84 unidades de atención, distribuidas en las principales ciudades del país.

Los programas de CIJ comprenden servicios de prevención y tratamiento dirigidos a desalentar drogas ilícitas, contribuyendo a promover estilos de vida saludables y libres de drogas, y a evitar o mitigar los daños y consecuencias asociados con el abuso y la dependencia.

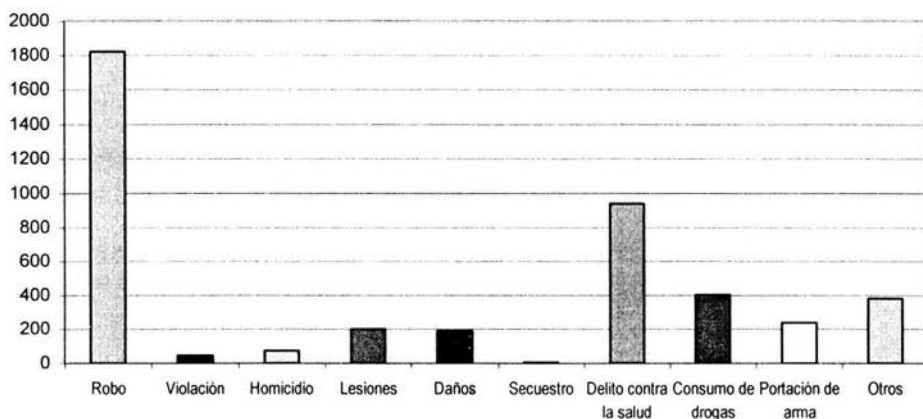
En materia de tratamiento y rehabilitación, se ofrece atención terapéutica profesional a la población abierta, que incluye a usuarios de sustancias y sus familiares, a través de servicios de consulta externa, de internamiento en Guadalajara y Monterrey.

Consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en centros de integración juvenil (2001).



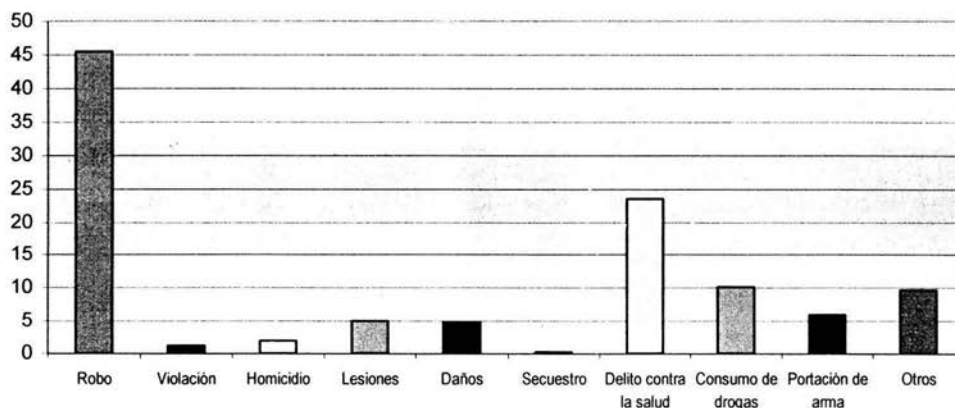
Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

Tipode infracción por la cual se detuvo al menor, 2001 (Número)



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

Tipo de infracción por la cual se detuvo al menor, 2001 (%)



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

De la población que ha recibido tratamiento en CIJ durante 2001, el 86.9% fueron hombres (13165 casos) y el 13.1% mujeres (1984 casos), esto implica una razón de 6.6 hombres por cada mujer atendida, la cual tiende a aumentar conforme la edad de ingreso a tratamiento también aumenta, con 2.5 hombres por cada mujer en el grupo menor de 15 años, para llegar a 12.7 hombres por mujer en el grupo de 25 a 29 años. En el caso de los hombres, 53.8% contaba con una edad de entre 15 y 24 años, mientras que 60.1% de las mujeres reportó edades de hasta 19 años.

Por lo que se refiere a la distribución de la edad de inicio, por casos agrupados por género y rangos de edad, al ingreso en CIJ, es destacable que un alto porcentaje se sitúa entre los 15 y 19 años (43.5% de los hombres y 34.5% de las mujeres, si se considera el inicio del uso de sustancias legales e ilegales; 47.7% de los hombres y 39.9% de las mujeres, al referirnos exclusivamente el inicio del consumo de drogas ilícitas). Las mujeres refieren en mayor proporción que los hombres haber iniciado el consumo antes de los 15 años (54.0% contra 49.4%, considerando sustancias legales e ilegales; 41.1% contra 34.0%, considerando sólo el uso de drogas ilegales).

Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) da respuesta a la demanda de atención de una población cercana a los 50 millones de derechohabientes.

Una de sus principales responsabilidades es atender el problema de las adicciones y parte de las vías para hacerlo, es la coordinación Interinstitucional e intersectorial, estrategia articulada por el CONADIC.

Durante el año 2001, el Instituto Mexicano del Seguro Social otorgó un total de 61,527 consultas médicas por problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en las unidades de medicina familiar, los servicios de especialidades y los de urgencias, de las cuales, 42,245 (73.5%) correspondieron a consultas de primera vez y el resto fueron subsecuentes (26.5%).

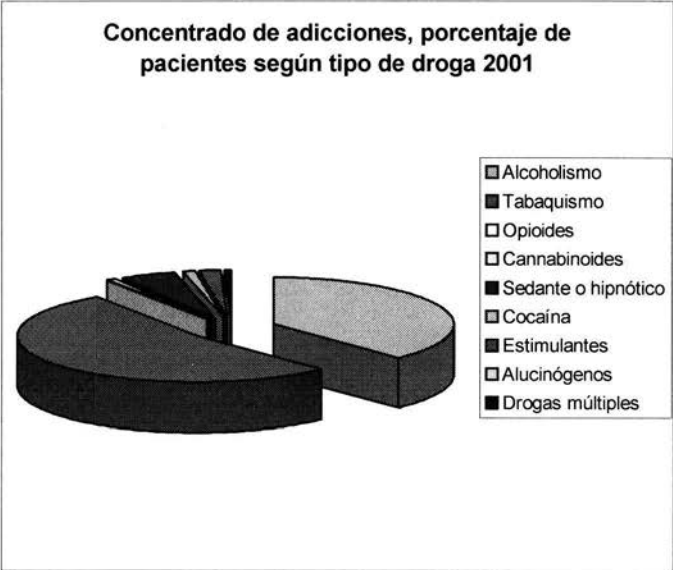
Aquí mostramos a continuación la distribución por cuartiles de consultas otorgadas en los diferentes estados de la república. Entre ellos Jalisco fue el que reportó la cifra mayor con 8,806 (14.3%) y el Distrito Federal Suroeste (4.5%).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Concentrado Nacional de Adicciones 2001)

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se extiende en toda la República Mexicana, con una cobertura de 10,235,000 trabajadores de instituciones al servicio del estado.

El objetivo general del programa contra las adicciones es la detección oportuna de trastornos del comportamiento, así como del uso o abuso de sustancias adictivas. Los pacientes acuden a las unidades médicas, con el fin de disminuir su incidencia y sus repercusiones en la salud y la sociedad.

Las cifras obtenidas en 2001 en el concentrado nacional de adicciones registra a 239,532, con una frecuencia los asociados al alcohol de 37.8%, sedantes o hipnóticos con una frecuencia de 4.9%, por estimulantes con una frecuencia de 1.9%, por cocaína con 1.2%, y menos de 1% los asociados con el consumo de cannabinoides, opioides y alucinógenos.



Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento Gubernamentales, Centros de Integración Juvenil, DGE, SSA, 2001.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID).

El SRID opera desde 1986 en el área metropolitana de la Ciudad de México, lineamientos de la Ley General de Salud de 1984 y del Programa contra la Fármaco dependencia de 1985, elaborado por el Consejo Nacional contra las adicciones.

Capítulo IV.

Población económicamente activa.

4.1 Indicador en la estructura económico social.

La distribución del desempleo juvenil, en el D.F., Nuevo León, Jalisco, que se encuentra en áreas más urbanizadas, 65.1% de esta población.

Los estudios educativos de profesional medio y superior, llegan a representar casi la mitad de la población juvenil desocupada (45.4%), es decir, está en el desempleo la población más educada.

Otro sector juvenil ha visto obstaculizada su trayectoria es el de los que no estudian ni trabajan. Según la ENJ, estos jóvenes suman más de 4 millones y representan el 14.4% del total de la población juvenil; de ellos 78.3% son mujeres y 21.7% son hombres.

Las mujeres jóvenes, que no estudian ni trabajan, se concentran en los grupos de edad de 25 a 29 años (41.6%) y de 20 a 24 años (37.2%); mientras que los jóvenes están en el grupo de los 15 a los 19 años de edad (37.2%) y entre los 25 y los 29 (29.5%).

La mayor parte de las jóvenes que no estudian ni trabajan están unidas o casadas (68.7%) –ya sea, por lo civil y por la iglesia (23.8%), sólo por la iglesia (2.1%), sólo por lo civil (21.0%) y en unión libre (21.8%)-; y quienes son solteras representan 27.4%. En cambio, los jóvenes varones en su mayoría son solteros (73.9%) y quienes están unidos o casados representan 24%.

El tiempo que los individuos destinan a cada una de sus actividades cotidianas está estrechamente asociado con la edad y con los papeles socialmente asignados a los hombres y las mujeres. La encuesta Nacional de la Juventud (ENJ), indagó sobre aquellas actividades que los jóvenes realizan en un día regular y en un día de descanso. Resultando que, la actividad a la cual dedican más tiempo, una parte importante de los jóvenes (70%) es a ver la televisión (entre una y tres horas diarias en un día regular, aunque en un día de descanso está proporción disminuye a un 55%). La segunda actividad a la que se le invierte más tiempo, es escuchar música –de una a tres horas diarias-, 64.4% lo hace en un día regular y 58.5% en un día de descanso.

Y una tercera actividad es estar con los amigos, en un día regular 56.6% de los jóvenes invierten de una a tres horas diarias y en un día de descanso 51% lo hace.

En este sentido, gran parte del universo juvenil es polarizado, existen aquellas actividades que remiten a espacios cerrados como la casa (televisión, radio, estudiar, leer) y actividades que son desarrolladas exógenamente, no sólo por su naturaleza, sino por el ánimo de socialización que tienen en estas esferas, principal atractivo para los jóvenes.

Las actividades que más desarrollaron los jóvenes el último mes previo a la aplicación de la ENJ corresponden, en primer lugar ir a la iglesia (entre 1 y 5 veces al mes) con 58.1% de los jóvenes; enseguida ir de paseo con 52.9% e ir a las fiestas con 51.4%.

Según la ENJ, la mayor parte de los jóvenes prefiere reunirse con sus amigos fuera de los espacios familiares, la mayoría se reúne en la calle o el barrio (26.8%), el parque o la plaza (18.5%) y en la escuela (8%). De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Prácticas y Hábitos Culturales aplicada en 1994, los jóvenes invertían su tiempo básicamente en los cines y en salir a bailar (a discos o discotecas, salones para bailar, bares, etcétera).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares de 1996 (ENIGH), sobre viajes turísticos, permiten apreciar que 16.7% de los 20.5 millones de hogares, hizo turismo, y 83.3% no pudo viajar. En el caso de los hogares con jóvenes, sólo 9% reportaron haber viajado.

Únicamente 2.4% de los hogares con jóvenes, realizó viajes al extranjero; 52% hizo viajes dentro del país y, en el restante 45.6% se dedicó a las excursiones. Respecto a los viajes que realizaron al extranjero los jóvenes de 12 a 29 años destaca que de los 53 mil viajantes, 41% lo hizo por placer o descanso y, el restante 59% para visitar a parientes o amigos. El medio de transporte más utilizado fue el avión con 62% de los viajes, seguido del autobús o vehículo particular con 19% cada uno. El hospedaje se distribuyó como sigue: 47% hoteles y 53% con familiares y amigos.

De los poco más de 2 millones de jóvenes que viajaron dentro del país, 62.8% lo hizo en autobús; 30.5% en automóvil; sólo 3% en avión y, el resto en tren u otro medio. Su alojamiento se distribuyó como sigue: 69% con familiares, 16.6% en hoteles y el resto en apartamentos, campamentos u otras formas de hospedaje.

Es importante notar que el turismo para jóvenes ha cambiado, ahora el segmento de ecoturismo y turismo de aventura en México, ofrece a los paseantes juveniles mejores ofertas, tanto de plazas por visitar como de costos que asumir.

La edad de inicio del trabajo en la calle se da predominantemente entre los 10 y 14 años, 24.7% de los menores manifestó que la familia lo manda a trabajar y, el resto, lo hace por cuenta propia. En lo referente al trato que los menores reciben de la familia, 81.7% reportó un trato adecuado, sin embargo, el resto, indicó algún tipo de maltrato que va desde indiferencia hasta el maltrato físico y verbal.

Los niños de origen indígena que trabaja en la calle se dedican básicamente a la venta de productos marginales (56.7%), mendicidad (26.7%), limpiaparabrisas (2.5%) y, a la realización de actividades circenses en cruceros (2.4%). En cuanto a los niños no indígenas, 59.9% se dedica a la venta de productos, 9.3% a limpiar parabrisas, 2.7% eran payasitos, 2.4% estibadores y 2.6% diableros.

4.2 Asistencia Social.

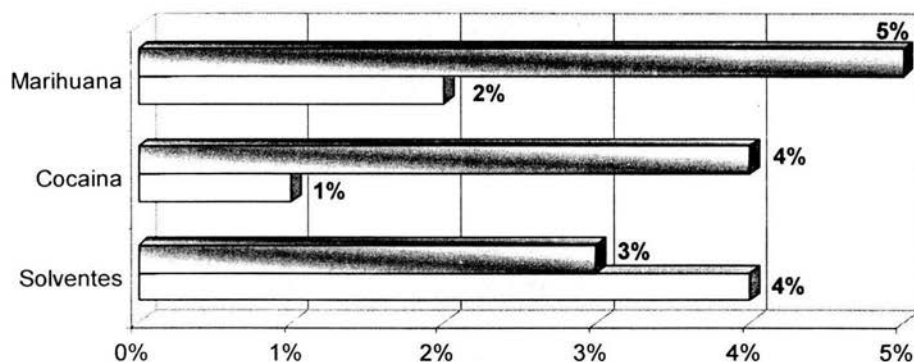
En México desde 1994 se está llevando a cabo un proyecto coordinado por la OMS con el fin de instaurar este programa en beneficio de los menores que trabajan en las calles en este momento el proyecto se encuentra en la fase de análisis de resultados.

Los espacios tradicionales dedicados a la prevención, como centros de salud y clínicas no siempre tienen la cobertura que se requiere o no están al alcance de la población por lo que el lugar de trabajo se ha visto como una buena alternativa para la instrumentación de programas de promoción a la salud. Con el apoyo de la Organización Internacional de Trabajo (OTI) desarrollan un **programa Modelo para la prevención del Abuso de Alcohol y otras Drogas entre los Trabajadores y sus familias** con el objetivo de capacitar al personal relacionado con las áreas de recursos humanos o de salud de la empresa, con el fin de formarlos como orientadores, al proporcionarles los elementos que permiten apoyar al trabajador y su familia para hacer frente al consumo del alcohol y las drogas y así, contribuir a crear un ambiente de salud no sólo en la empresa, sino hacerlo extensivo a la comunidad. En este programa se proporciona una guía de centros de tratamientos, que incluye desde luego, centros especializados en la atención a jóvenes con problemas de abuso de drogas como son los Centros de Integración Juvenil y los Centros de Atención Toxicológica "Jóvenes por la Salud".

Finalmente, el Consejo Nacional contra las Adicciones presenta su modelo preventivo **Construye tu vida sin adicciones** que comprende diversos tipos de mensajes difundidos a través de los medios de comunicación masiva, así como de material impreso y audio visual, que dan apoyo a la práctica de prevención al abuso de sustancias adictivas entre distintos grupos de población. El objetivo de este modelo es fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la Salud.

Cuando se analizan estas tendencias por sexo en el consumo durante el último año (ver grafica), se observa que ha disminuido ligeramente la proporción de hombres que han inhalado disolventes (4% a 3%), y que ha aumentado el índice de experimentación con cocaína (1% a 4%) y de marihuana (2% a 5%).

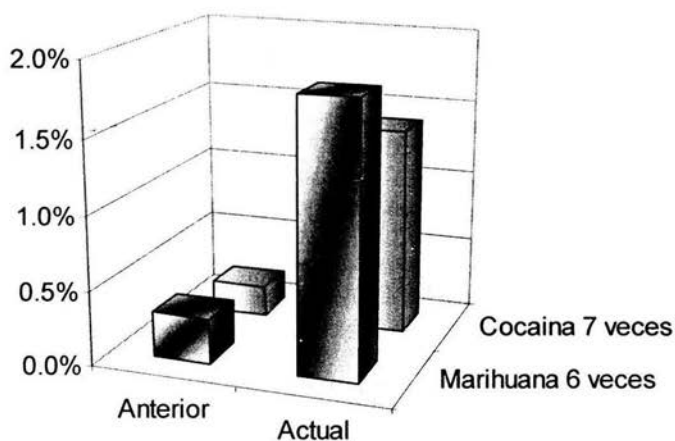
Disminución en el consumo de solventes y aumento en el consumo de cocaína y la marihuana en los hombres en el último año



Fuente: Estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil.

Por otra parte, a pesar que una proporción menor de mujeres ha experimentado con drogas, en ellas se observa un incremento en el consumo para todas las drogas el cual es más marcado que para los hombres. Por ejemplo, el consumo de marihuana ha aumentado 6 veces (0.3% a 1.82%) y el de la cocaína ha aumentado 7 veces (0.2% a 1.4%).

Aumento en el consumo de drogas en las mujeres en el último año



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Encuesta Nacional de Adicciones.

- Desarrollar estudios de investigaciones sobre las características que se presentan a nivel local, regional y nacional las principales temáticas en materia de salud que inciden en los jóvenes para conocer sus causas y motivaciones así como proponer medidas políticas y programas de carácter preventivo, informativo y educativo para eliminarlas o minimizarlas.
- Apoyar a las instituciones académicas públicas y privadas para la realización estudios e investigaciones sobre las diversas realidades juveniles relacionadas con conductas, hábitos y prácticas que afectan la calidad de vida y bienestar de los jóvenes.
- Efectuar y desarrollar investigaciones diagnósticas sobre los grupos juveniles a nivel local y estatal y regional que consideren su heterogeneidad y dinamismo, para conocer las carencias, potenciales e impacto actual de los servicios de salud integral en cuanto a cobertura, pertinencia y calidad que proporcionan las instituciones y organizaciones sociales.
- Diseñar y coordinar campañas de sensibilización en los medios donde participó la SSA y otros organismos de la salud pública para impulsar enfoques científicos, modernos y dinámicos que generen procesos de corresponsabilidad social y de autocuidado de la salud en los propios jóvenes.
- Diseñar e instrumentar campañas acciones y programas de educación no formal sobre el ejercicio de la sexualidad prevención de ediciones y accidentes de higiene mental, relaciones afectivas y de pareja que afectan de manera particular a los jóvenes y que les impiden alcanzar una salud integral plena.
- En coordinación con dependencias, organizaciones sociales y organismos públicos y privados realizar campañas adaptadas a grupos juveniles específicos de acuerdo con las características de sus respectivas localidades, que promuevan hábitos de autocuidado, de higiene y de seguridad entre la población juvenil.
- Promover en coordinación con la SSP campañas mecanismos y acciones de seguridad de alto cuidado para disminuir el número de accidentes vehiculares en que se involucra a los jóvenes mediante la obtención de financiamiento privado, empresas, fundaciones y patronatos para la difusión de reglas mínimas observarse relacionadas con el abuso del alcohol y las drogas uso de cinturones de seguridad y el manejo defensivo en vehículos automotores.
- Realizar campañas de prevención del suicidio en jóvenes mediante acciones integrales de apoyo psicológico, fomento de la autoestima y de la salud mental, autocuidado y medidas contra la depresión.
- Diseñar y operar campañas dirigidas a la población juvenil que promuevan el desarrollo de habilidades con un adecuado manejo de conflictos del estrés y para la toma asertiva de decisiones.
- Diseñar y producir materiales novedosos, flexibles y adecuado sobre acciones de autocuidado y de salud integral para ser difundidos por los diferentes medios de comunicación masiva. Los cuales deberán enfocarse

en los medios que tenemos una audiencia de interlocución a la población juvenil.

- Establecer en conjunto con la CONADE la SEP y el consejo nacional para la cultura y las artes o (CONACULTA), mecanismos de orientación y prevención de situaciones en riesgo sobre violencia intrafamiliar, ITS, sexualidad y salud reproductiva y adicciones, mediante la organización de torneos deportivos, concursos culturales, talleres, pláticas y conferencias para los jóvenes.
- Producir materiales educativos y de apoyo didáctico en la salud integral y autocuidado, para difundirlo en las escuelas, centros comunitarios, deportivos y sociales, así como en eventos de formación y capacitación en los centros de trabajo.
- Promover ante las distancias correspondientes y en todos los niveles educativos, una mayor presencia en las currícula escolares de contenidos y materiales educativos que coadyuven al desarrollo de la salud integral con una forma de vida en los jóvenes.

4.3 Variaciones en los niveles de participación.

Existen tres variables en este fenómeno: **los niños y jóvenes de la calle**, que son aquellos que realizan actividades dentro de la economía informal pero que mantienen vínculos con su familia a través de su contribución al ingreso familiar; **los niños y jóvenes de la calle**, que han abandonado su entorno familiar y su pertenencia identitaria; **los niños y jóvenes en riesgo de calle** o en proceso de expulsión a los espacios de la calle, que han padecido la pobreza extrema y conflictos familiares extremos.

Estos niños y jóvenes asumen, en la cotidianidad, condiciones de autonomía que caracterizan a los adultos, al encargarse de actividades diarias relacionadas con la economía informal, al disponer de recursos propios limitados, al formar familias y tomar decisiones respecto al uso de su cuerpo y respecto a su comportamiento social. Todo esto, en condiciones de exclusión y desventaja social.

En la ciudad de México se contabilizaron en 1995, un total de 1,850 niños que han tomado las calles como espacio de vida permanente, de los cuales únicamente 21 fueron registrados como indígenas.

En esta categoría particularmente el fenómeno está protagonizado esencialmente por jóvenes.

De los niños que viven en la calle, 76.35% nacieron en el Distrito Federal y Estado de México, el resto proviene de Hidalgo, Guerrero, Puebla y Michoacán. Saben leer y escribir 88.1%, la deserción escolar está más asociada a problemas familiares y problemas económicos.

La información estadística disponible, muestra que por lo que respecta a los menores infractores el incremento de ingresos es una muestra de la susceptibilidad que tienen los jóvenes a las crisis económicas: aumentan cuando las condiciones sociales de su entorno son difíciles y disminuyen cuando éstas mejoran. Sin embargo, pese al incremento de la percepción en la opinión pública, las cifras que se reportan no corresponden a esa realidad.

Las edades donde la incidencia es mayor son a partir de los 15 años y sobre todo en hombres.

La escolaridad de los menores infractores está directamente vinculada con su edad, aunque se incrementa la incidencia en los que sólo alcanzan la instrucción básica (secundaria 45.7% y primaria 42.3%).

La causa fundamental por la que son reclusos es por robo (76.9%), seguida en menor medida para las mujeres por lesiones (13.8%) y por intoxicación (3%); para los hombres por tentativa de robo (5.3%) y por violación (4.4%).

- Aunado a los problemas de cobertura de los servicios de salud, que afectan de manera importante a los jóvenes del país, las instituciones de salud en su mayoría no tienen consideradas áreas de servicios especiales que requiere la población juvenil. Por su dinámica de cambio en aspectos físicos, psicológicos y de transformación social y, sus contadas redes de apoyo y orientación sobre aspectos fundamentales de la vida, los jóvenes se encuentran expuestos a una gran variedad de prácticas de riesgo, que los afectan en su desarrollo personal.
- Los servicios más demandados por este grupo poblacional son los relacionados con la salud reproductiva, la salud mental y las condiciones emocionales, la atención integral - no sólo médica- de los padres jóvenes y adolescentes, así como el apoyo psicológico para los que sufren trastornos depresivos y/o producidos por las adicciones. Esta línea de acción de servicios de salud especializados para jóvenes pretende desarrollar entre las dependencias y organizaciones una visión común, que considere a los jóvenes en un grupo social con requerimientos específicos en el campo de la salud.

El mercado de bienes simbólicos para los jóvenes ha representado, desde la segunda década del siglo XX, una dimensión muy importante para la configuración y construcción del sujeto juvenil. En el patrón de consumo de estos bienes se "definen" muchos de los constitutivos de las identidades juveniles.

No obstante, en muchos casos el estilo deseado es incompatible con la situación económica del joven, lo que deriva en frustraciones que le afectan a su sentido de pertenencia al grupo y su autoestima. Por lo tanto, es necesario promover una cultura de consumo informado y responsable.

El programa de acción fomento del bienestar juvenil tiene como propósito promover la generación de diferentes opciones para que los jóvenes puedan disfrutar plenamente su condición juvenil con responsabilidad. Se enfatizan los elementos de disfrute y de formación mediante la concertación y puesta en práctica de acciones específicas que comprendan, por una parte, la creación de oportunidades para que los jóvenes adecuen su tiempo libre, mediante opciones específicas para ellos en ámbitos como el turismo, deporte y la recreación. Asimismo, procurarán orientar y formar a los jóvenes para que construyan hábitos informativos de consumo y tienen acceso a un mayor universo de bienes y servicios, a través de estrategias que mejoren su poder adquisitivo.

Estos objetivos se concretarán a través de dos líneas de acción:

1. Tiene por finalidad incrementar y diversificar la oferta recreativa para los jóvenes, a través del impulso a servicios integrales turísticos y deportivos; la difusión de diversas alternativas de estas actividades que han surgido en los últimos años, como el ecoturismo, el turismo social, el turismo rural y de aventura y los nuevos deportes, donde los jóvenes desarrollan actitudes y actividades participativas e informativas, así como la creación de espacios de convivencia juvenil.
2. Con el propósito de generar alternativas para facilitar el acceso en condiciones preferenciales a bienes y servicios de consumo juvenil mediante estrategias que mejoren su poder adquisitivo; así como la promoción de hábitos para el consumo informado y responsable en la población joven.

Como parte del programa de acción fomento del bienestar juvenil, esta línea promoverá la generación de opciones de recreación para los jóvenes, que les permitan disfrutar plenamente su condición juvenil al encontrar espacios donde ampliar sus oportunidades de socialización, y aprender a través de la venta de las experiencias y prácticas.

4.4 Participación en la actividad económica por edades.

Históricamente, el desempleo ha afectado en mayor medida a los jóvenes; las Tasas de Desempleo Abierto (TDA) para jóvenes duplican y hasta triplican las tasas correspondientes a los adultos. Además, el desempleo afecta más a los jóvenes de 12 a 24 años de edad, que a los de 25 a 29 años.

Los jóvenes desocupados (desempleo abierto) representaron casi medio millón durante el año 2000. Los niveles educativos con los que cuentan estos grupos juveniles son: 28.9% posee secundaria completa, 18.9%, de uno a tres años de preparatoria; 14.5%, nivel superior y 11.3%, primaria terminada. Si se suman los jóvenes desempleados de sectores juveniles de menores ingresos o que están ocupados en la economía informal, se acentuó la operación de proyectos de y programas de asesoría técnica, capacitación, financiamiento y seguimiento a sus proyectos y productos.

La PEI engloba a cerca de 17.1 millones de jóvenes en el año 2000. De ello, 61.6% son estudiantes, 33.7% se dedica a los quehaceres del hogar y 3.9% a otro tipo de inactividad. Pero esta condición presenta fuertes diferencias para hombres y mujeres.

Los jóvenes inactivos se dedican, en su mayoría, al estudio (88.8%); de ellos, 88.2% se ubica entre ellos los 12 y 19 años de edad. La segunda causa para los hombres es "otro tipo de actividad" (lo que, según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática -INEGI-, comprende a los inactivos no clasificables y al no especificado) con 7%; y en tercer lugar (3%) se encuentran quienes se dedican a los quehaceres domésticos, de éstos, 80.4% corresponde a los hombres de 12 a 19 años de edad.

Las mujeres jóvenes inactivas, por su parte, se dedican a los quehaceres domésticos (49.1%). De ellas, los grupos de edad de 15 a 29 años representan el 95.1%; en segundo término, se encuentran los estudiantes con 48%, que corresponde sobre todo a los grupos de 12 a 19 años de edad con 87.9%; y en tercer lugar, se halla el rubro de los "otros inactivos", 2.4%.

La condición de disponibilidad de la población juvenil inactiva se comporta así: disponible (desempleo encubierto según su intención de participar en actividades económicas) de 0.98% y no disponible (sin intención de participar en actividades económicas) 99.2%. Las personas no disponibles representan 17 millones de jóvenes, concentradas fundamentalmente entre los 12 y 19 años de edad (11.5 millones).

Conclusión

Con base en todo lo planteado de la introducción se puede decir que se llegó a los objetivos esperados en lo referente a las tasas de crecimiento se observó que entre 1988 y 1998 aumentó el consumo de marihuana, de cocaína en forma importante.

También demuestra como la marihuana es la droga de preferencia de la población urbana, seguida por la cocaína, los inhalables, alucinógenos y la heroína.

Los grupos de edad más afectados se sitúan entre los menores de treinta años. La mayor proporción de las personas se definieron como solteras, con un nivel de escolaridad entre primaria y secundaria.

Los mayores porcentajes de uso de marihuana tienden a situarse entre los 15 y 24 años, mientras que las tasas de consumo de inhalables se observan entre los menores de 15 años. El uso de cocaína y metanfetamina alcanza porcentajes más altos entre la población de 20 y 29 años o más. Finalmente el uso de heroína presenta una tasa más alta entre la población de 29 años.

Entre los hombres, las drogas de mayor impacto fueron la cocaína y marihuana, entre las mujeres, cocaína, solventes e inhalables, alcohol y marihuana. La cocaína presenta un mayor impacto entre la población de 25 a 29 años.

Es necesaria la participación de aquellas personas que por su ubicación social están en condiciones de influir positivamente sobre la comunidad. Los padres de familia, profesores, orientadores educativos, trabajadores sociales, médicos, prefectos, etc. Para así encauzar a nuestros jóvenes hacia una integración social adecuada que impida la desviación hacia el uso y abuso de estos productos.

Los actuales sistemas de tratamiento para adictos tienen escasos resultados positivos por lo que se debe impulsar a aplicación de experiencias exitosas de los diversos enfoques de tratamiento de usuarios jóvenes que padezcan dependencia de inhalantes y, en general, abuso de sustancias tóxicas y drogas legales e ilegales en el tratamiento de los jóvenes en situación de calle que presenten esta problemática.

Además se debe desarrollar campañas y programas de sensibilización para dar a conocer a la sociedad las situaciones de vida que afectan a los jóvenes en situación de calle y promover acciones de solidaridad y acompañamiento.

Por otra parte también se deben promover estrategias de atención, reducción del daño y rehabilitación que permitan reducir los efectos de las adicciones a sustancias, principalmente a los inhalantes y a las diversas drogas ilegales que circulan en las calles.

Se debe impulsar modelos de atención de reducción del daño y rehabilitación, que incorporen al entorno social y a la comunidad en acciones de apoyo a los adictos.

Es necesario remarcar que la privación de la libertad para los mayores de edad son, en innumerables ocasiones, un esfuerzo estéril que acentúa la problemática que se pretende atacar, mientras que las acciones externas no han logrado disminuir la incidencia delictiva juvenil, lo cual es particularmente inquietante, pues se mantiene la posibilidad de que exista reincidencia y se reproduzcan las conductas delictivas una vez que los internos concluyan sus condenas.

Se debe tener en cuenta que relativamente hay poco interés en cuanto a que no existe un organismo oficial que recopile la información completa de dicho tema por lo que es necesario continuar haciendo esfuerzos.

En efecto gracias a la carrera que estudié de Actuaría, donde adquirí los conocimientos teórico-prácticos como es en la demografía, la estadística, la probabilidad y el cálculo actuarial, pude realizar el análisis de la investigación y el diagnóstico de la drogadicción en la etapa adolescente.

Es importante señalar que este trabajo fue un análisis general de la drogadicción en la etapa adolescente, por sexo, edad y preferencia de tipo de droga, y así como una evaluación de la información, por esto, este análisis deja una huella en trabajos posteriores para toda gama de ramas dentro de la Carrera de Actuaría.

Bibliografía.

- INEPAR, Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. "Bases de datos en muestrs de poblaciones estudiantiles y en planes escolares" 1995-2002.
- INEPAR, SEP, "Perfil de Riesgos Psicosociales de Jóvenes que están en contacto con el Sistema Abierto SEP – DGB, Estudio Nacional" 2000.
- INEGI, XII Censo General de Población y Viviendo 2000, México, 2001.
- Ajuste Psicosocial y consumo de drogas. México.
- Centros de Integración Juvenil (1999), Elementos de evaluación de resultados del programa de atención curativa. México.
- Centros de Integración Juvenil (2001), Prevalencia del uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de edicación media básica del estado de Nuevo León, México.
- SEP, Encuesta sobre el consumo de drogas en población de enseñanza media y superior, medición otoño 2000, D.F. Encuentas de consumo de drogas en estudiantes SEP-INPRF II, México.
- SSA (2001), Estudios en estudiantes de enseñanza media superior, Ciudad de México, Observatorio epidemiológico en Drogas. México 2001.
- IMI-CIEJ, Encuesta Nacional de Juventud 2000, México, 2001.
- SSA, Encuesta Nacional de Adicciones 1998, México, 1999.
- INEGI, Los Jóvenes en México, México, 2000.
- DIF, II Censo de los niños y niñas en situación de calle en la ciudad de México, México, 1995.
- INEGI, Anuario estadístico y geográfico de México 2000, México, 2001.
- INEGI, Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, México, 2000.

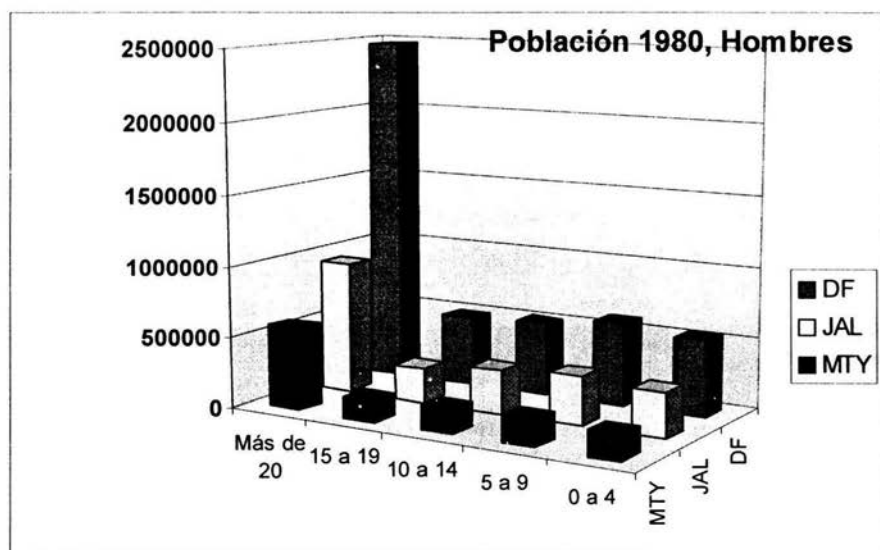
Anexo.

Principales indicadores del incremento demográfico.

Uno de los principales determinantes demográficos en el país ha sido la dinámica de migración interna, la cual tiende a modificar la composición de las pirámides poblacionales existentes en las distintas regiones. De acuerdo con el CONAPO, en el quinquenio 1995-2000, 4.1 millones de personas se mudaron de una entidad federativa a otra; es decir, uno de cada 100 mexicanos cambia su residencia cruzando límites estatales cada año. En términos generales, los flujos migratorios se han presentado por la búsqueda de mejores niveles de vida. La población ha tendido históricamente a emigrar de las entidades con menores niveles de desarrollo y satisfactores de las necesidades básicas, hacia aquellas que ofrecen mejores perspectivas socioeconómicas.

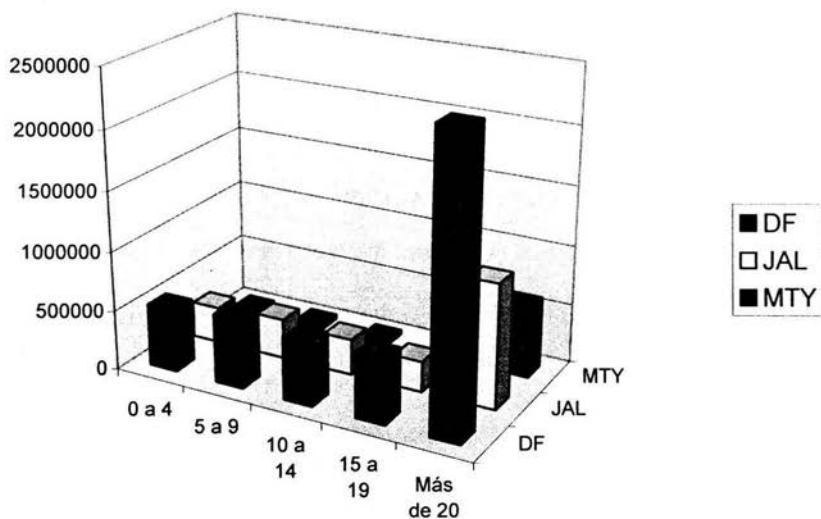
La migración ha modificado la conformación demográfica del país, generando mayores volúmenes de relativa concentración de jóvenes en centros urbanos que, desde hace décadas, han presentado bajos índices de natalidad pero que, por su mayor desarrollo, se han convertido en lugares atractivos para quienes buscan mejorar su calidad de vida.

Por el contrario, en las entidades donde persisten altas tasas de natalidad y mayores niveles de marginación, la participación relativa de los jóvenes es menor.



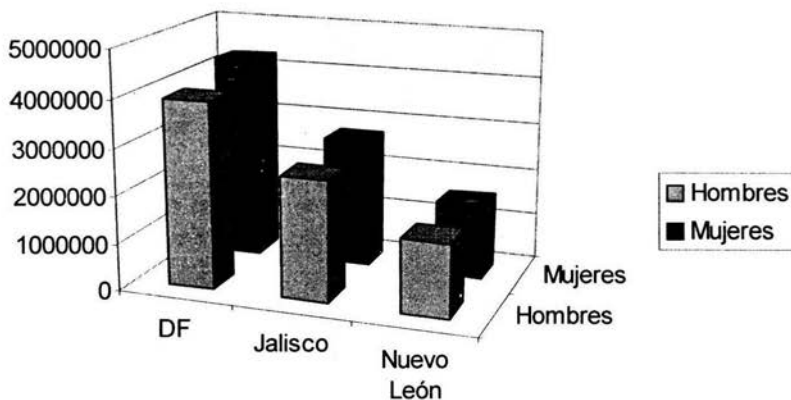
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 1980.

Población 1980, Mujeres



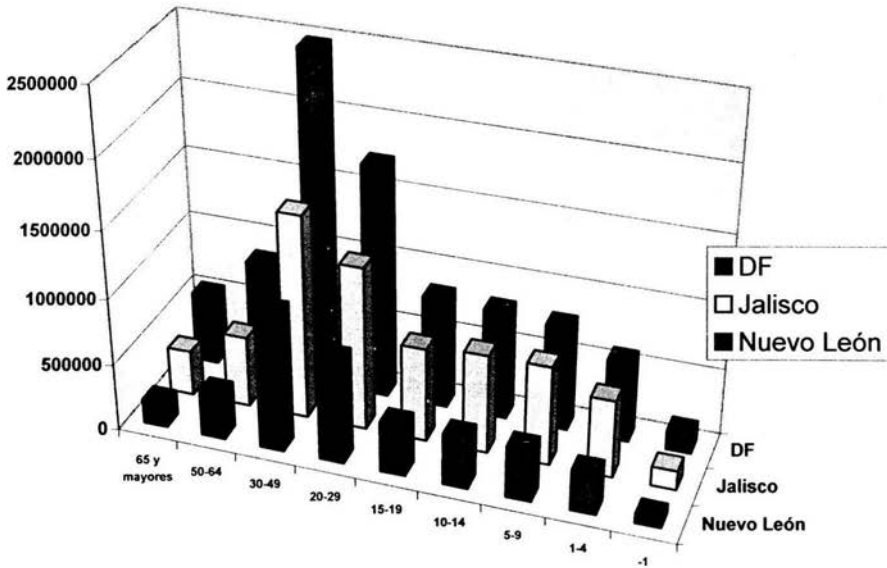
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 1980.

Población según sexo 1990



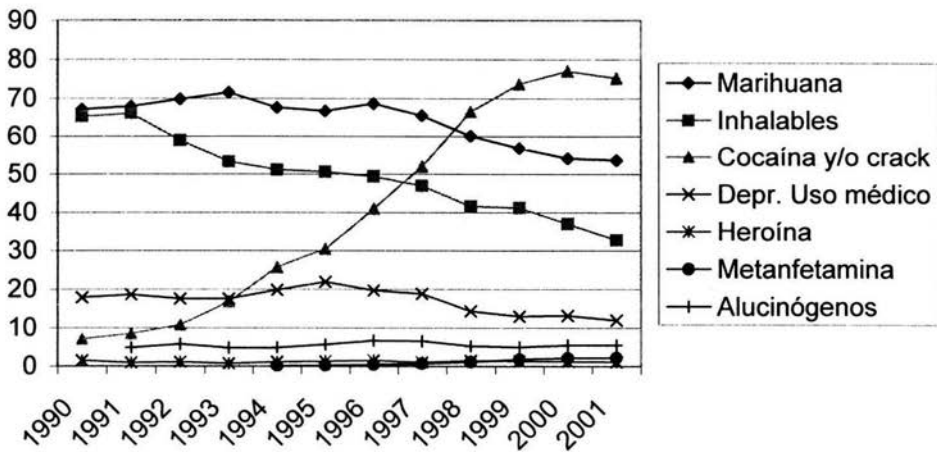
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 1990.

Grupos de edad 2000



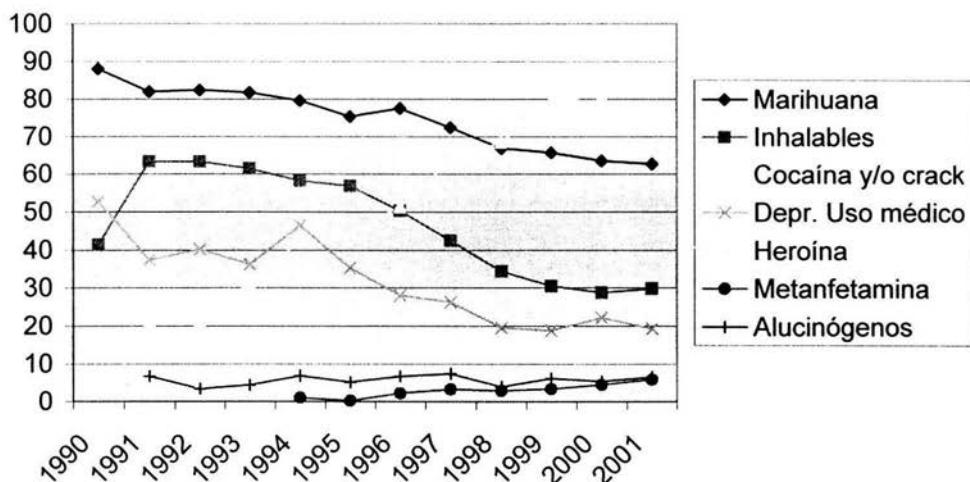
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Población 2000.

Tendencias de uso de drogas DF



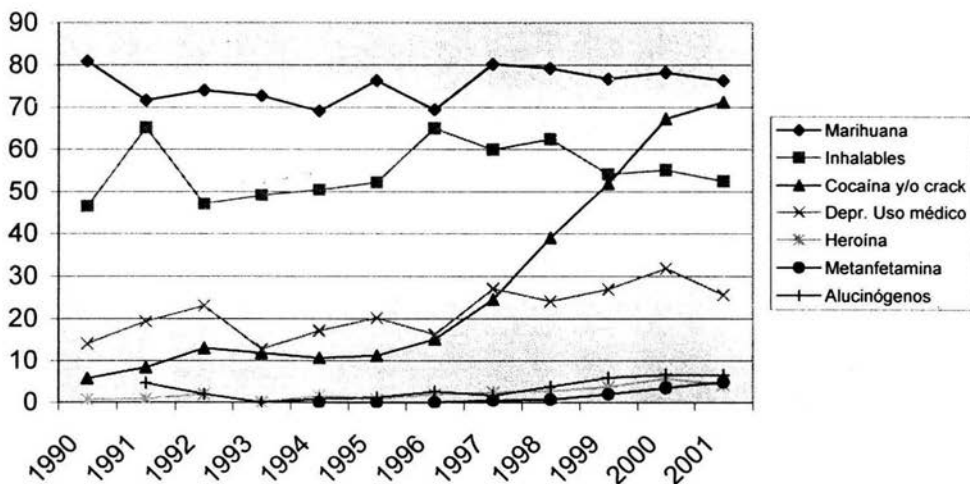
Fuente: Estudios Epidemiológicos de Pacientes Atendidos en Centros de Integración Juvenil.

Tendencias de uso de drogas Guadalajara



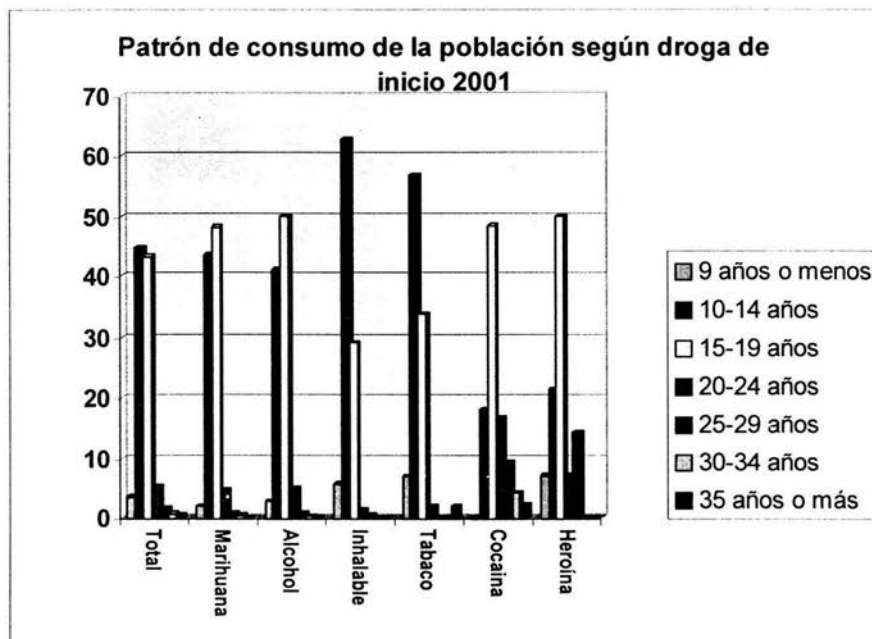
Fuente: Estudios Epidemiológicos de Pacientes Atendidos en Centros de Integración Juvenil.

Tendencia de uso de drogas Monterrey



Fuente: Estudios Epidemiológicos de Pacientes Atendidos en Centros de Integración Juvenil.

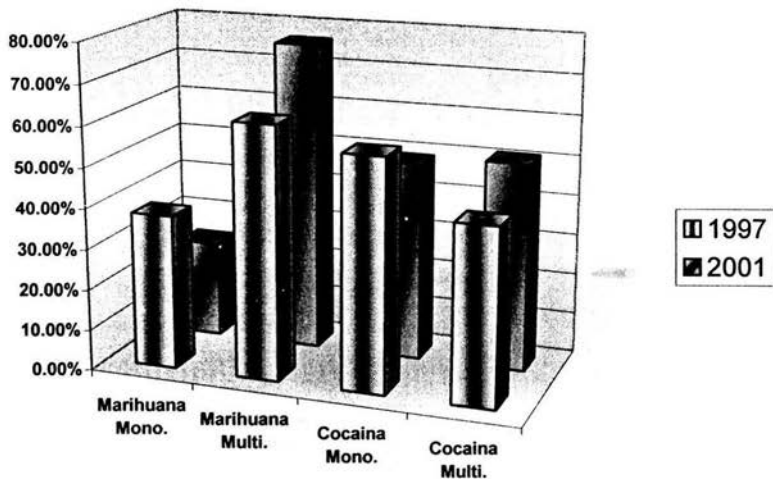
Al comparar los resultados del SISVEA del año 2001 con los de 1997, sobre la historia natural de las drogas de mayor prevalencia, situándolos entre las personas que acuden a los CIJ, encontramos que en el año 2001, con referencia a la marihuana, la proporción (10.8%) de aquellos que optaron por permanecer como monousuarios disminuyó nueve puntos porcentuales.



Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Sistema Epidemiológico.

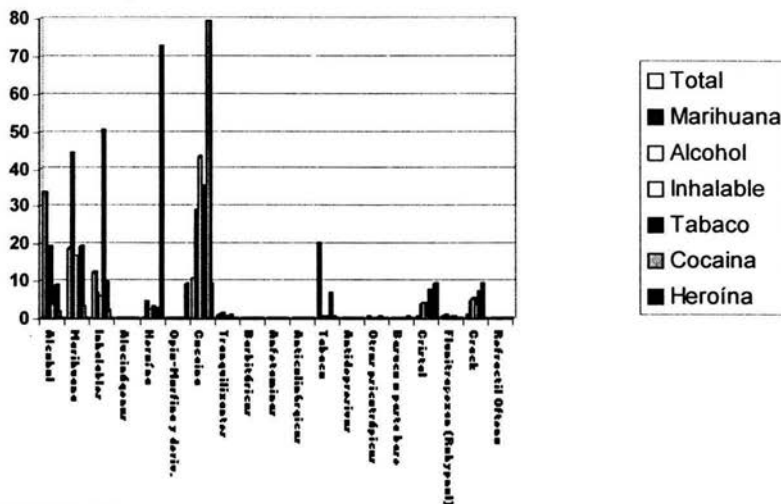
En los inhalables, también encontramos una disminución de la proporción de jóvenes que permanecieron como monousuarios, de 37.8% en 1997 a 23.7% en el año 2001. Al igual de lo que sucedió con la marihuana, se incrementó el porcentaje de quienes decidieron consumir una segunda droga (62.2% vs 76.3%) que en ambos años fue la marihuana. Al analizar la cocaína, el comportamiento fue similar a las drogas ya mencionadas puesto que también se presentó un descenso en la proporción de los que permanecieron como monousuarios; es decir, de 56.9% en 1997 a 48.9% en el 2001, así mismo, de 43.1% que pasaron a consumir otra droga en 1997, para el año 2001 se incrementó a 51.9%. Esta información nos sugiere que los jóvenes se están inclinando cada vez más a incluir otras drogas a su patrón de consumo dentro de un amplio abanico de posibilidades.

Consumo drogas únicas o múltiples, 1997 y 2001



Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Sistema Epidemiológico.

Patrón de consumo de la población que acude a CIJ, 2001



Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Sistema Epidemiológico.

Cuestionarios.

Aquí incluimos algunos cuestionarios que se utilizan en las encuestas:

¿Porqué usarías drogas que no sean el alcohol o tabaco? (Señala en la hoja de respuestas todas las razones que quieras – en la primera columna -, y sólo señala una razón que sea la más importante para ti en la segunda columna.)

Número	1ª	2ª	Razones
1			Nunca lo he usado
2			Me gusta la sensación que obtengo
3			Es parte del espíritu de estar en una fiesta
4			Para pelear
5			Me hace menos nervioso
6			Para deshacerme de sentimientos de infelicidad
7			Me calma cuando estoy nervioso
8			No hay nada que hacer por aquí
9			Por sexo
10			Porque no me importa lo que suceda
11			Me permite relajarme en una fiesta
12			Evita que me ponga deprimido
13			Solamente me hace sentir bien
14			Hace la fiesta más interesante
15			Me hace sentir salvaje
16			Me ayuda a hablar con otras personas
17			Porque estoy aburrido
18			Porque me ayuda a deshacerme de mis preocupaciones
19			Sólo para hacerlo con amigos
20			Para ser duro
21			Me ayuda a llevarme bien con los demás
22			Me hace sentir menos triste
23			Porque nadie me entiende
24			Me hace sentir libre
25			Para demostrar que no pueden controlar mi vida
26			Otros motivos

Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Instituto Nacional de Psiquiatría.

Marca tu respuesta con una cruz en la casilla correspondiente.

- i. Datos personales: sexo, edad, año escolar.
- ii. Fuentes de información sobre drogas: ¿De dónde provienen los conocimientos que tienes acerca de las drogas? (lista de drogas en la pregunta iii)

1	De amigos	
2	De familiares	
3	De profesores, orientadores	
4	De médicos	
5	De los medios (Televisión, radio, prensa)	
6	De tu propia experiencia	
7	De otras partes	
8	No tienes conocimientos acerca de las drogas	

¿A quien acudirías, en primer lugar, si quisieras preguntar acerca de las drogas y sus efectos?

1	A nadie	
2	A los amigos	
3	A los familiares	
4	A profesores, orientadores	
5	Al médico	
6	A un religioso	
7	Otros	

Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Instituto Nacional de Psiquiatría.

iii. ¿Has probado alguna vez?

		Una vez	Varias Veces	Con frecuencia
1	Marihuana			
2	Inhalables			
3	Pastillas tranquilizantes			
4	Pastillas estimulantes			
5	cocaína o pasta coca			
6	Alucinógenos (hongos, LSD)			
7	Cigarrillos			
8	Alcohol			
9	Otras			

b) Edad de inicio

¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez?

		Menos de 12 años	De 12 a 15 años	Más de 15 años
1	Marihuana			
2	Inhalables			
3	Pastillas tranquilizantes			
4	Pastillas estimulantes			
5	cocaína o pasta coca			
6	Alucinógenos (hongos, LSD)			
7	Cigarrillos			
8	Alcohol			
9	Otras			

Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Instituto Nacional de Psiquiatría.

c) Tratamiento por uso de drogas

¿Has recibido alguna vez tratamiento médico pos haber tomado drogas?

Si	
No	

iv. Razones para el uso de drogas. ¿Porqué has tomado (o sigues tomando) drogas?

1.	Por curiosidad	
2	Por la sensación que obtengo	
3	Porque mis amigos lo hacen	
4	Para relajarme	
5	Porque nadie me entiende	
6	Para pelear	
7	Por sexo	
8	Para olvidar mis problemas	
9	Para demostrar que no pueden controlar mi vida	
10	Para sentirme menos triste	
11	Para mejorar mi conocimiento de mi mismo	
12	Por otras razones	
13	No lo sé	

En caso de uso frecuente, ¿Has tratado alguna vez de abandonar el uso de drogas?

Si	
No	

Selecciona una de las razones que a continuación se indican por la que has tratado de dejar las drogas:

1	Porque es difícil obtenerla(s)	
2	Por que me hace(n) daño	
3	Porque encontré otras cosas más interesantes que hacer	
4	Por presión de mis amigos	
5	otras	

Fuente: Encuesta Nacional de Jóvenes, Instituto Nacional de Psiquiatría.

Glosario.

Abuso.

Uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible con la práctica terapéutica aceptable. Se presenta como agudo o crónico, según la duración del mismo.

Abstinencia.

Privación de algo o impedimento para hacer o tomar algo.

Acción.

Efecto que produce una droga en un individuo.

Adicción (Drogodependencia, drogadicción, toxicomanía).

Es una enfermedad caracterizada por el abuso en el uso de sustancias químicas que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, capaces de provocar compulsión irracional e irresistible para continuar su uso, y genera inevitablemente un daño para el individuo y la sociedad. El consumo puede ser de una o de varias drogas. Es anormal, prolongado y compulsivo, provocando tolerancia y dependencia. El deseo de consumir la droga es invencible, y el adicto procura obtenerla por cualquier medio.

Adicto (Dependiente, drogadicto, drogodependiente, farmacodependiente, toxicómano).

Persona acostumbrada al uso habitual y excesivo de una sustancia química, autoadministrada indiscriminadamente, siendo incapaz de liberarse por sí misma de dicha dependencia perjudicial para su salud. La dependencia puede ser orgánica o psíquica. Se le considera enferma tanto desde los puntos de vista médico – psiquiátrico como jurídico. El término deriva del latín "addico addictum", que era la conversión de ciertos hombres libres en esclavos (es decir, la droga esclaviza a quien la consume).

Alcaloides.

Sustancias nitrogenadas de carácter básico o alcalino que se encuentran en determinadas células vegetales casi siempre en combinación con ácidos. Son tóxicos y crean adicción.

Alucinación.

Percepción imaginaria sin causa exterior o percepción sin objeto. Error mental en la percepción de los sentidos infundados en la realidad objetiva.

Benzodiacepinas.

Fármaco.

Catatímicas.

Son aquellas alucinaciones que aparecen durante los estados emocionales intensos.

Células T.

Tipos de célula del sistema inmunológico.

CIJ.

Centros de Integración Juvenil.

CONAPO.

Consejo Nacional de Población.

Consumidor.

Persona que consume drogas 1) ocasionalmente 2) dependiente o toxicómano.

Crack.

Cocaína del pobre.

Delirio.

Perturbación de la razón producida por la ingestión de drogas, que desemboca en creencias o pensamientos incoherentes.

Dependencia.

Necesidad de consumir drogas, que puede ser 1) de naturaleza orgánica (por ejemplo: morfina, barbitúricos: se relacionan con el metabolismo celular hasta resultar imprescindibles al mismo, pudiendo ser mortal); 2) de naturaleza psíquica (por ejemplo: cocaína, anfetaminas, aspirinas). También hay dependencia mixta: orgánicas y psíquicas. Este estado de intoxicación producido por el consumo continuo de drogas que se caracteriza por la necesidad irresistible de consumir para mantener el equilibrio biológico.

Dosis.

Cantidad de droga que se consume en cada ingesta. Las drogas que poseen tolerancia obligan a consumir dosis cada vez más altas para conseguir los mismos efectos.

Droga (Fármaco).

Sustancias capaces de modificar los sistemas biológicos en sus componentes estructurales y funcionales. Pueden ser naturales (de origen animal o vegetal), sintéticos (obtenidos en laboratorio a partir de sustancias variadas, distintas en su estructura química característica) y semisintéticos (productos obtenidos por manipulación química de otro natural).

Droga (Fármaco, Tóxicomanígeno).

Es la sustancia química natural, semisintética o sintética, capaz de provocar euforia, acostumbamiento, hábito, síntomas de dependencia y de abstinencia.

Efecto.

Resultado psíquico y físico que produce el consumo de una o varias drogas.

Estado.

Condición o disposición psicológica de un individuo que es afectada posteriormente al uso de la droga. Tal factor, al igual que las expectativas, motivaciones y actitudes de la persona son importantes para determinar los efectos de la droga.

Experimentar.

Probar y examinar prácticamente la virtud, propiedades de una cosa.

Éxtasis.

Estado dominado por una determinada sensación predominante.

Farmacología.

Ciencia que estudia las drogas.

Fármacos.

Drogas.

Hábito.

Facultad del organismo de soportar dosis elevadas de una droga que en situaciones normales produciría una intoxicación aguda, incluso la muerte. Todas las drogas al preservar en su consumo crean habituación, llegando a la dependencia psíquica de determinadas sustancias. Este efecto es reversible y eventualmente un toxicómano sometido a un tratamiento desintoxicante, si reincide luego con una dosis equivalente a la última consumida, puede padecer un cuadro tóxico y aún mortal.

Impulso.

Tendencia espontánea a la acción.

INEGI.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Inestable.

Dícese de un cuerpo cuando sufre un cambio

Inhibir.

Suspender transitoriamente una función o actividad orgánica.

Intoxicación.

Perturbación de la fisiología de un ser vivo por acción de una sustancia tóxica.

Paraaldehído**PEA.**

Población económicamente activa.

PEI.

Población económicamente inactiva.

Prevención.

Plan cuyo objetivo es evitar las toxicomanías.

Privación.

Carencia o falta de una cosa en el sujeto capaz de tenerla.

Psicotoxicidad.

Capacidad de una droga para alterar el comportamiento bien mediante una dosis alta o por la continuada ingestión, según sea aguda o crónica.

Resistencia.

Poder defensivo del organismo contra los agentes nocivos.

Síndrome.

Ocurre ante la supresión brusca de la droga en una persona habituada. Los síntomas sobrevinientes suelen ser antagónicos con respecto a aquellos que causa la sustancia toxicomanígena: en los morfinómanos, los síntomas son contrarios a los normales, evidenciando midriasis en lugar de miosis, intranquilidad y excitación en vez de lasitud, etc. La abstinencia transforma la difícil personalidad del adicto, llevándolo a límites peligrosos de exacerbación psicopática. Las consecuencias psico-físicas del síndrome de abstinencia pueden conducir a la muerte.

Sinestesia.

Oír impresiones visuales o ver las impresiones auditivas.

SISVEA.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

SpeedBall.

Combinado de heroína y cocaína.

Tolerancia.

Acostumbramiento progresivo del organismo a los efectos de las drogas sin que necesariamente implique dependencia. Normalmente se produce con lentitud, permaneciendo el organismo sensible a su exceso de tóxico, pudiendo desaparecer al dejar de consumir droga.

Tolerancia cruzada.

En determinadas drogas a consecuencia de su estructura química o por sus efectos, la tolerancia desarrollada para los efectos de una droga se extiende a otra.

Tolerancia inversa.

Se produce cuando un sujeto se hace tolerante a otras drogas de acción semejante. Sólo se produce en drogas del mismo tipo.

Tóxico.

Sustancia nociva o venenosa. Droga.

Vértigo.

Trastorno del sentido del equilibrio.

Viaje.

Alucinación; conjunto de sensaciones distorsionadas o inventadas bajo los efectos de una droga.

Visión.

Alucinación; fantasía e imaginación que no forma parte de la realidad y se toma como verdadera.