

# La adicción a las drogas: una forma de des-hacer ciudad

*Luis Berruecos Villalobos\**

## Introducción

La adicción a las drogas, que se refiere en lo general a la compulsión por obtener lo que satisfaga alguna necesidad primaria o superflua a partir de la utilización de una sustancia natural o sintética, es un concepto que se aplica al uso indebido de dichas sustancias que al ser ingeridas por un sujeto, logran cambios en su comportamiento, mismos que pueden ser benéficos, o paulatinamente dañinos e incluso violentamente fatales. La adicción a las drogas puede constituirse en una enfermedad incurable y mortal si no se atiende a tiempo: para eliminarla, es necesaria la terapia, la rehabilitación y la prevención de conductas y actitudes que conducen al consumo irresponsable.

El abuso de drogas, que tan graves problemas ha acarreado no sólo a quienes las ingieren desmedidamente, sino también a sus familias, a la economía, a la sociedad y, en general, a la humanidad, no es un hecho nuevo en la historia. Existen innumerables tipos de drogas, químicas o naturales, y no todas afectan al organismo de igual forma ni son dañinas, sino que, incluso, en ocasiones se utilizan para combatir ciertas enfermedades. Al respecto, algunos

\* Profesor-investigador. Departamento de Relaciones Sociales. UAM-Xochimilco.

investigadores hablan de drogas legales e ilegales refiriéndose a la permisividad social y moral que se extiende sobre ellas. Otros prefieren hablar de drogas médicas y no médicas o sintéticas y naturales; a pesar de las variadas tipologías al respecto, cabe señalar que hay una importante diferenciación que debe hacerse entre uso normal de una droga, su abuso y la enfermedad que ese abuso cotidiano e irresponsable acarrea en el individuo. Para explicar lo anterior, es conveniente analizar la información del Cuadro 1.

Con el objeto de aclarar algunos de estos conceptos y con el apoyo de la información proporcionada por el Consejo Nacional contra las Adicciones, de la Secretaría de Salud, y las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría, ofrecemos a los lectores algunos conceptos básicos en torno a las drogas más conocidas, de las que en los últimos años se ha hablado mucho, a veces sin fundamento.

### **¿Qué es la marihuana?**

Es la droga de mayor consumo en México que se comercializa de manera ilícita. Se obtiene de la planta de cáñamo *Cannabis sativa*, la que contiene más de 400 componentes, entre los que destaca el principio activo THC (delta-9 tetrahidrocannabinol), que determina la potencia de la droga y el efecto en el sistema nervioso. La proporción de THC que contiene un cigarro de marihuana depende del tipo de planta, del clima y terreno en que crece, el tiempo de cosecha y de la parte que se utiliza (brotes, hojas, flores); pero se ha observado que la comercializada actualmente es de mayor potencia que la de hace diez años. La modalidad más popular de marihuana se llama "sin semilla" y la preparación sólo incluye los botones y las flores de la planta hembra, con un contenido promedio de THC entre 7.5 y 24 por ciento.

### **¿Qué es el hachís?**

Se trata de una preparación obtenida de la resina gomosa de las flores de las plantas hembras de la *Cannabis*, que tienen un alto contenido de THC, pudiendo llegar éste a 43 por ciento en el caso del aceite de hachís.

### **Efectos inmediatos del consumo**

La marihuana es un alucinógeno leve, que tiene algunas propiedades depresoras y sobre el control de las inhibiciones, semejantes a las del alcohol. Algunas personas reportan que no sintieron nada la primera vez que la probaron. Usualmente, casi de

**Cuadro 1**

<i>Drogas psicoactivas adictivas</i>	<i>¿Qué es/son?</i>	<i>Los efectos sobre el organismo al principio</i>	<i>Los efectos sobre el organismo con el tiempo (si se continúan consumiendo)</i>
Alcohol etílico	Sustancia química llamada etanol obtenida de frutos y granos por fermentación y, en algunos casos, por destilación posterior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación alcohólica o <i>borrachera</i>.</li> <li>• Mareo; falta de coordinación de los movimientos.</li> <li>• Desinhibición.</li> <li>• Confusión, incapacidad de concentración.</li> <li>• Cambios del humor.</li> <li>• Conducta errática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daños al hígado, al corazón y al cerebro.</li> <li>• Hipertensión arterial.</li> <li>• Gastritis, pancreatitis.</li> <li>• Alcoholismo (síndrome de dependencia del alcohol).</li> </ul>
Tabaco (nicotina)	Se obtiene de las hojas secas de una planta solanácea, y se preparan para fumarse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acelera los latidos del corazón (taquicardia).</li> <li>• Estimula ligeramente.</li> <li>• Anorexia (inapetencia).</li> <li>• Mal aliento.</li> <li>• Daño a la dentadura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer pulmonar broncogénico.</li> <li>• Hipertensión arterial.</li> <li>• Infarto cardiaco.</li> <li>• Dependencia de la nicotina.</li> <li>• Reducción de los sentidos del gusto y del olfato.</li> <li>• Enfisema pulmonar.</li> <li>• Daño permanente a los pulmones.</li> <li>• Úlcera o perforación del tabique nasal.</li> <li>• Cambios permanentes de la personalidad, conducta violenta.</li> <li>• Paranoia (miedos irracionales, delirios).</li> <li>• Alucinaciones.</li> <li>• Dependencia de la cocaína.</li> </ul>
Cocaína y otros estimulantes	Sustancia química obtenida de las hojas del arbusto <i>Erythroxylon coca</i> . La mayoría de los otros estimulantes son sustancias sintéticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia e hipertensión.</li> <li>• Fuerte estimulación del sistema nervioso (agitación, insomnio).</li> <li>• Sequedad de la boca, aumento de la temperatura corporal (hipertermia).</li> <li>• Dilatación de las pupilas (midriasis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación, calma, somnolencia.</li> <li>• Disminución de los reflejos.</li> <li>• Sequedad de labios, boca y garganta.</li> <li>• Enrojecimiento de los ojos.</li> <li>• Trastorno del sentido del tiempo.</li> <li>• Taquicardia.</li> </ul>
Marihuana y hachís	Planta llamada <i>Cannabis sativa</i> o cáñamo de la India, cuyas hojas secas se fuman como el tabaco. El hachís es la pasta que se obtiene con el aceite de ciertas partes de la planta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación, calma, somnolencia.</li> <li>• Disminución de los reflejos.</li> <li>• Sequedad de labios, boca y garganta.</li> <li>• Enrojecimiento de los ojos.</li> <li>• Trastorno del sentido del tiempo.</li> <li>• Taquicardia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daños a las vías respiratorias.</li> <li>• Dificultades con la memoria.</li> <li>• Disminución de la cantidad de espermatozoides.</li> <li>• Trastornos menstruales.</li> <li>• Cambios permanentes de la personalidad.</li> <li>• Dependencia de la marihuana y síndrome amotivacional.</li> </ul>
Inhalables		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Borrachera” parecida a la del alcohol.</li> <li>• Enrojecimiento de la mu-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia de la marihuana y síndrome amotivacional.</li> </ul>

	Sustancias químicas que pueden ser inhaladas, utilizadas en la industria ( <i>thinner</i> , pegamentos, aerosoles, gasolinas, pinturas...).	<p>cosa nasal, tos, náuseas, vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea (dolor de cabeza), mareo.</li> <li>• A veces también pérdida del control de los esfínteres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño permanente al cerebro, el hígado y los pulmones.</li> <li>• Astenia, cansancio, debilidad.</li> <li>• Cianosis (piel azulada).</li> <li>• Muerte, si se combina con el alcohol o con otros depresores.</li> <li>• Dependencia de la droga.</li> <li>• Problemas mentales permanentes.</li> <li>• Alucinaciones crónicas y delirios.</li> <li>• Depresión severa.</li> <li>• Suicidio.</li> <li>• “Flashbacks” (alucinaciones aun sin consumir la droga).</li> </ul>
LSD, peyote, hongos y otros alucinógenos	Sustancias naturales unas, y sintéticas otras (LSD), que producen reacciones iguales a las de ciertas enfermedades mentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alucinaciones (de ahí su nombre).</li> <li>• Hipertermia.</li> <li>• Confusión.</li> <li>• Pánico.</li> <li>• Delirios.</li> </ul>	
Metanfetaminas, “tacha” (éxtasis), drogas “de diseño”	Sustancias obtenidas en laboratorios rudimentarios, generalmente consumidas en forma de tabletas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se percibe la fatiga.</li> <li>• Sensación de estímulo y bienestar.</li> <li>• Anorexia, sudación, hipertermia.</li> <li>• Posible muerte súbita por paro cardíaco.</li> <li>• Bradicardia (pulso lento).</li> <li>• Laxitud, relajación, sensación de bienestar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Flashbacks” (alucinaciones aun sin consumir la droga).</li> <li>• Cambios del humor.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Otros trastornos aún no bien estudiados.</li> <li>• Muerte súbita.</li> </ul>
Heroína	Sustancia química sintética semejante a la morfina que se extrae del opio. Pertenece al grupo de drogas llamadas narcóticos, que se usan contra el dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagrimeo.</li> <li>• Miosis (contracción de las pupilas).</li> <li>• Enrojecimiento de la piel.</li> <li>• Muerte por sobredosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicción severa y rápida.</li> <li>• Disminución del deseo y la capacidad sexuales.</li> <li>• Constipación severa (puede llegar a la parálisis intestinal).</li> <li>• Daño pulmonar crónico.</li> <li>• Cambios del carácter.</li> <li>• En el hombre: crecimiento de la masa muscular, atrofia testicular, crecimiento de las mamas, acné.</li> <li>• En la mujer: atrofia de mamas, vello en la cara, crecimiento del clítoris,</li> <li>• En ambos: conducta violenta, depresión.</li> </ul>
Anabólicos esteroides	Sustancias derivadas de la testosterona, la hormona masculina que producen los testículos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios poco importantes a corto plazo (efectos inmediatos después de recibir una dosis).</li> </ul>	

Fuente: CESAAL, 2003.

inmediato, el consumidor puede sentir la boca y garganta resacas, latidos acelerados del corazón, torpeza en la coordinación de movimientos y del equilibrio, así como lentitud en los reflejos. Los vasos sanguíneos de los ojos se expanden, por lo que se ven enrojecidos. La distorsión que provoca la marihuana en la percepción de tiempo y distancia aumenta la probabilidad de accidentes si se maneja un vehículo o se opera una máquina. Luego de un tiempo de estar utilizándola pueden percibirse sensaciones que se relacionan con las experiencias pasadas. Dependiendo de las características del usuario y del contenido de THC, así como de la dosis y frecuencia de consumo, pueden presentarse pánico, fallas en la memoria y en la capacidad de incorporar, organizar y retener información, alucinaciones intensas y otros problemas mentales como la psicosis tóxica, aun en la primera experimentación. El THC se absorbe, pasa a depositarse y permanece por periodos prolongados en los tejidos grasos de varios órganos, como el hígado, los pulmones y los testículos, por lo que puede detectarse hasta cuatro semanas después de haberse consumido.

### **Consecuencias del consumo reiterado**

Un cigarrillo de marihuana contiene la misma proporción de ingredientes tóxicos que cinco cigarrillos de tabaco: por eso, fumarla con cierta frecuencia se asocia con trastornos como catarros, bronquitis, enfisema, asma bronquial, daño pulmonar y en las vías respiratorias, así como aumento en el riesgo de cáncer. Los consumidores crónicos evidencian, con frecuencia, problemas de memoria, falta de destreza verbal y dificultades en el aprendizaje. También hay evidencia de que se restringe la capacidad del sistema inmunológico para combatir infecciones y enfermedades; de igual modo la marihuana afecta las hormonas. El uso regular puede retrasar el comienzo de la pubertad y reducir la producción de esperma. En las mujeres, puede interrumpir el ciclo menstrual e inhibir la ovulación. Los bebés de consumidoras de marihuana con frecuencia presentan bajo peso y, en consecuencia, son propensos a enfermarse.

### **Consecuencias en la comunidad**

El grupo social también se ve afectado por el consumo de marihuana, ya que se impacta la seguridad y el bienestar de la comunidad. Los efectos de esta droga provocan que el consumidor descuide el respeto a las normas y cometa imprudencias o se vea envuelto en accidentes, actos de violencia, vandalismo y riñas callejeras. Además, como se trata de una sustancia comercializada por las redes de tráfico ilegal, se favorecen estas actividades ilícitas. Adicionalmente, la situación de bienestar de la familia puede

alterarse, por el gasto que implica el consumo y el riesgo de tener problemas legales. Por otra parte, las personas intoxicadas olvidan las precauciones necesarias y, si tienen relaciones sexuales, se aumentan las posibilidades de un embarazo no deseado o de contraer enfermedades transmitidas sexualmente.

Por otra parte, desde hace tiempo se vienen planteando argumentos a favor y en contra de la despenalización o legalización de las drogas, pero conviene preguntarse: ¿Es la legalización de las drogas una solución?

### **Algunos argumentos en contra de la legalización de las drogas**

Recientemente se ha puesto de moda considerar la legalización de las drogas como algo urgente y necesario, cuando sólo se toma en cuenta el aspecto de la oferta de drogas, es decir, que al proponer la legalización, por lógica se acaba con el narcotráfico y los males que ésta acarrea. Pero, ¿qué pasa con los sujetos que usan y abusan de las drogas? Supuestamente se ignora que entre más se consume, por lógica eso conlleva más problemas. A veces olvidamos que el debate es muy antiguo, que todas las acciones en ese sentido han fracasado y que se trata de un problema multifactorial, multifacético, que puede ser prevenido y tratado.

Hasta el siglo XIX, las drogas se usaron de manera natural, pero el avance de la ciencia ha proporcionado nuevas formas de consumo al sintetizarse algunas de éstas sin analizar en detalle su potencial adictivo, lo cual empezó a reconocerse desde finales del siglo XVIII. Lo que sí es evidente, es que no es verdad sostener que la legalización acabaría con el narcotráfico: si un solo país no suscribe en tal sentido un convenio internacional que abarque a todos, automáticamente se convertiría en el centro del narcotráfico. Ello también implicaría establecer límites de edad, lugares de consumo, etcétera; esos límites no explican quién aplicaría las sanciones, cuáles drogas podrían usarse de manera discriminada y cuáles no y quizás se limitaría a la potencia de cada droga que como señalamos, difiere en cada individuo.

Otro argumento que se esgrime con frecuencia es el del derecho individual a consumir, sin recordar que el consumo es causa directa en el aumento en la criminalidad, accidentes de trabajo, vehiculares, laborales y familiares, causando daños, algunos irreversibles a la salud. Hay una estrechísima relación, comprobable por la investigación científica, entre consumo de drogas y lesiones, homicidios, delitos sexuales, robos y asaltos a mano armada. Los que están a favor, apuntan que se pueden consumir psicotrópicos sin experimentar consecuencias adversas –y en ocasiones se exageran los posibles efectos–, anunciándolos como potenciadores de sensaciones que permiten, por ejemplo en el arte, mejores expresiones estéticas, lo cual no es cierto. Si ello fuera verdad ¡la mayoría de los artistas serían adictos!, la legalización no terminaría con el problema ni lo controlaría de mejor manera, sino que aumentarían –se ha comprobado

científicamente— la violencia, el daño a la salud individual y colectiva, el costo social, la reducción de la productividad, la cohesión social y familiar, y se lesionaría el derecho a la salud de terceros. Finalmente, es muy fácil hablar de algo que se desconoce sin bases científicas que avalen nuestras aseveraciones: lo contrario es lo difícil. A quienes están a favor habría que invitarlos a estudiar más detalladamente el asunto para, entonces sí, debatirlo con conocimiento de causa y no sólo como moda política, intelectual o coyuntural. Finalmente, queremos señalar en un ejercicio de prospectiva, que a raíz de los acontecimientos del 11 de septiembre en Estados Unidos y la consecuente acción de fortalecimiento de la vigilancia en la franja fronteriza con ese país, el flujo de drogas se ha detenido cuando menos por el momento, lo cual implica que esté en oferta una mayor cantidad en México que podría utilizarse ya sea como “moneda” para pago de deudas de los narcotraficantes, incluso para lavado de dinero o para el consumo local, lo cual desde luego aumentaría las estadísticas de las que disponemos hasta ahora, pero que tampoco se han podido cuantificar por tratarse de una acción reciente. Sin embargo, es probable que debido a la desaceleración económica o recesión en Estados Unidos, que también ha golpeado a México, haya un cambio en el uso de drogas en nuestro país: previsiblemente, se espera un mayor consumo de drogas más baratas como los inhalantes, un decrecimiento en el uso de drogas caras como *crack* y cocaína y quizá un aumento considerable en el uso de marihuana, que ya no se está exportando por las razones anteriores.

## Antecedentes

En las últimas décadas, se han visto importantes transformaciones en la vida cotidiana debidas a la inmigración, a la dispersión geográfica de la población y en el caso de los Estados Unidos, al fin de la hegemonía protestante que pretendía cruzadas de severa prohibición para el uso del alcohol y otras drogas. Para ilustrar lo anterior, tenemos el caso del alto consumo de opio a principios de 1890, que se vio restringido en forma severa hasta 1914. La codeína, aislada en 1832, para 1898 se introdujo masivamente al igual que el uso de la heroína. Las hojas de coca se volvieron populares a mediados del siglo XIX en Estados Unidos y ya en 1880 se conseguía cocaína fácilmente. La marihuana se volvió común hasta principios del siglo XX. Hay una era de reformas progresivas, cargadas de conceptos religiosos, que va de 1898 a 1917. En 1909 se firma el Convenio sobre el opio en Shangai y después surgen otras iniciativas para regular incluso a los profesionales de la salud en relación con el empleo de drogas y medicamentos y a partir de 1917 se firman diversos convenios internacionales. En los sesenta, aparecen las sustancias psicotrópicas como el LSD y se vuelven populares las anfetaminas y los barbitúricos, así como la metadona, un narcótico sintético utilizado

en Alemania durante la Segunda Guerra Mundial y que servía supuestamente para quitar la adicción a la heroína. El *crack* surge en los ochenta y añade una nueva pre-ocupación en el campo del consumo de drogas (Berruecos, 1996:15-17).

A partir de los setenta, se detecta un decremento en el empleo, al igual que en la vivienda; ello aunado a los avances en medicina que prolongan la esperanza de vida, complica –por la creciente demanda– la seguridad social y hay cambios drásticos en la composición familiar, baja en el número de alumnos en el sistema educativo y deterioro de su calidad y falta de control de calidad en los servicios de salud. Surge la era de la marihuana, de 1965 a 1979, y después de la cocaína, de 1975 a 1984; la heroína está en su apogeo entre 1965 y 1973, y el *crack* a partir de 1985 con impactos diversos en lo económico, lo político y lo social. Actualmente, hay nuevas sustancias que causan adicción entre la población: casi todas se consumen en nuestras ciudades mexicanas en mayor o menor medida y algunas se asocian al fenómeno religioso como sucede en ciertas comunidades indígenas mexicanas (Berruecos, 1998:10-13).

Otras consideraciones que deben tenerse en cuenta, se refieren al entorno, que limita el riesgo al abuso del alcohol, por ejemplo, en sociedades autosuficientes. Se ha visto a partir de la investigación etnográfica, que en sociedades menos desarrolladas tecnológicamente, hay pocos episodios de intoxicación debido a innumerables restricciones de tipo religioso y cultural: minorías e inmigrantes traen consigo sus propias tradiciones y costumbres que no son fáciles de cambiar.

## Situación actual

En cuanto a la magnitud del problema, según Velasco (2002:49 y ss):

Las estadísticas mexicanas concernientes al consumo de drogas lícitas (tabaco, alcohol), e ilícitas (marihuana, inhalables, cocaína, heroína, sustancias sintéticas, etc.), indican que la edad de inicio es la que corresponde a los años que los jóvenes pasan en la secundaria y en la preparatoria. Algunos estudios señalan que se pueden ver consumidores que aún cursan su educación primaria; pero es evidente que los mayores riesgos ocurren en la población de entre 13 y 18 años. Es necesario recordar también que no todos los egresados de la primaria prosiguen estudios de enseñanza media.

Según el mismo autor, para conocer la magnitud del problema, y en razón de que

las fuentes suelen ser inseguras, *las únicas fuentes realmente confiables* son: a) Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que se realiza cada 5 años y que publica la Secretaría de Salud



(Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones e Instituto Nacional de Psiquiatría); b) Encuesta en Estudiantes SEP-INP (Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría) que se publica desde 1996; c) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Sisvea); d) Estadísticas de Centros de Integración Juvenil (ci), que esta institución no oficial publica con regularidad y e) el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) del Instituto Nacional de Psiquiatría, cuyos resultados se publican semestralmente. Por lo que se refiere a las drogas lícitas, los estudios revelan que, al igual que en la población adulta, entre los adolescentes la sustancia de elección es el alcohol, con un consumo que se asocia frecuentemente a la embriaguez. La ingestión de bebidas alcohólicas continúa siendo un elemento importante en el paso hacia la edad adulta, aunque actualmente se observa un incremento en el número de mujeres, y en ambos sexos ocurre a edades más tempranas. El índice de consumo fuerte (cinco o más copas por ocasión) por lo menos una vez al mes, es elevado, y comprende a 3.6% de los hombres y a 1.5% de las mujeres de entre 12 y 17 años. El porcentaje de adolescentes que siguen ese patrón de consumo es de 14.7% en Tijuana; 9.2% en Ciudad Juárez, 6.00% en la Región Norte; 5.9% en la Región Centro; 4.9% en Monterrey; 7.50% en Guadalajara; 7.28% en la Ciudad de México; 3.62% en Matamoros, y 2.69% en la Región Sur (Medina, 2001).

El mismo autor (Velasco, *ibidem*) señala que

[...] de acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, ENA, 1998), entre los adolescentes de las zonas urbanas de nuestro país, el uso de drogas ilícitas aún no es muy elevado.<sup>1</sup> No obstante, las investigaciones también señalan que el uso de sustancias adictivas ilegales en este grupo de la población va *en aumento*, y que las variaciones regionales son importantes. Por otra parte, de acuerdo con la más reciente encuesta nacional de adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, que viven en poblaciones de más de 2 500 habitantes, uno de cada cinco adolescentes manifiesta síntomas de depresión, lo cual se relaciona con la experimentación con sustancias psicoactivas. El 5.2% de los jóvenes que presentaban esta condición reportaron haber usado drogas, en comparación con el 1.6% de quienes no padecían síntomas depresivos. La presencia de este tipo de síntomas aumentó tres veces la posibilidad de continuar consumiendo drogas una vez iniciado el consumo.

Por otra parte, Medina Mora (*ibidem*) ha señalado que 1.34 por ciento de los adolescentes entrevistados reportaron haber intentado suicidarse; este índice fue cinco veces más elevado entre aquellos que consumían drogas.

Por lo anterior, Velasco (*ibidem*) concluye que:

Se ve con claridad que asistir a la escuela es un factor protector del consumo. Veamos sólo

<sup>1</sup> Remitimos al lector a las conclusiones con los últimos datos de la ENA, 2002.

este dato: el índice de consumo entre los menores de 12 a 17 años que abandonaron la escuela, es tres veces superior al de los que continúan estudiando.<sup>2</sup> De todos modos, los estudios SEP-INP nos dicen que los estudiantes de secundaria y preparatoria del Distrito Federal que reportan haber consumido marihuana *alguna vez en la vida*, han pasado de 2.8% en 1991, a 5.8% en el año 2000. Respecto a la cocaína las cifras respectivas son: 1.0% en 1991 y 5.2% en 2000. Desafortunadamente carecemos de datos para el resto de la República, pero podemos suponer que las cifras son algo más bajas, excepto en las ciudades turísticas y en las de la frontera norte, en donde ya sabemos que son incluso superiores. Tratándose de las drogas legales, estos son los datos útiles para el maestro: los alumnos de secundaria y preparatoria que reportan haber fumado tabaco alguna vez en la vida, constituyen el 50.7% en el año 2000, en tanto que en 1991 el porcentaje fue de 46.5%. En cuanto al alcohol, las cifras son de 61.4% y 54.4% respectivamente. En ambos casos, los reportes indican un aumento progresivo del uso de esas sustancias. Una vez más señalamos que son datos del Distrito Federal. Tengamos presente que de la Encuesta de Estudiantes Otoño 2000 se obtiene este dato general: el 14.7% de la muestra estudiada (10 578 alumnos de 392 grupos escolares) consumió alguna droga ilegal (marihuana, cocaína, inhalables, etc.) por lo menos una vez en la vida. La cifra no coincide con la suma de droga por droga, porque hay alumnos que han usado más de una. Y, finalmente, el factor protector que significa la escuela se revela en los resultados de un estudio realizado por DIF-UNICEF-UNDCP en 100 ciudades mexicanas durante el año 1999: el 12.5% de los muchachos de entre 12 y 17 años *que no estudian*, han usado drogas ilegales alguna vez en la vida, en tanto que el porcentaje es de sólo 2.5% entre los que van a la escuela. Si comparamos los resultados obtenidos de las tres Encuestas Nacionales de Adicciones (1988, 1993 y 1998), nos percatamos de que, si bien la prevalencia global del consumo de drogas en México es aún baja, se registran incrementos y tendencias preocupantes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (población urbana de entre 12 y 65 años) la prevalencia nacional de consumo de drogas ilícitas es la siguiente: alguna vez en la vida: 5.27%; último año: 1.23%; últimos 30 días: 0.83%.

Para ilustrar lo anterior, el autor citado nos muestra el Cuadro 2:  
Con base en lo anterior, Velasco (*ibidem*) señala que:

La marihuana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con la prevalencia de 4.70%, lo que representa más de dos millones de personas que

<sup>2</sup> Datos obtenidos del Proyecto núm. 30827-H del Conacyt y núm. 4320 del Instituto Nacional de Psiquiatría, "La evolución del consumo de drogas en estudiantes: medición otoño del 2000".

**Cuadro 2**  
**Consumo alguna vez por tipo de droga, edad y sexo (en porcentajes)**

	Sexo/ edad	Mariguana	Cocaína	Inhalables	Alucinógenos	Heroína
Hombres	12-17	2.47	0.99	1.08	0.19	0.07
	18-34	14.42	4.81	2.52	0.62	0.25
	35-65	9.81	2.05	1.11	1.21	0.26
	Subtotal	10.40	2.97	1.70	0.72	0.21
Mujeres	12-17	0.45	0.22	0.20	0.06	0.01
	18-34	0.79	0.56	0.17	0.18	—
	35-65	0.62	—	—	—	—
	Subtotal	0.66	0.29	0.11	0.09	0.00
	Total	4.70	1.45	0.80	0.36	0.09

dijeron haberla usado alguna vez. El uso de la marihuana es tres veces mayor que el de la cocaína, ya que esta última fue usada alguna vez por sólo 1.45% de la población estudiada, es decir, casi 700 000 personas. La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables. Los alucinógenos y la heroína son las drogas con menores índices de consumo "alguna vez" (0.36% y 0.09% respectivamente); quienes las han probado tienden a ser varones y de mayor edad.

Así, el número de mexicanos de 12 a 65 años que han consumido drogas adictivas ilegales alguna vez en su vida es el siguiente:

Estos datos se refieren sólo a individuos (hombres y mujeres) de las zonas urbanas, según la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 y como puede verse, en nuestro país hay un rompimiento del orden o de una continuidad con la Conquista: se trata de destruir sin éxito el marco cultural indígena que cambió la percepción religiosa que se

Marihuana	2.2 millones
Cocaína	691 mil
Inhalables	381 mil
Alucinógenos	171 mil
Heroína	42 mil

tenía del mundo, o el *ethos*. El mejor ejemplo para ilustrar esto, es el caso del alcohol, la droga legal de mayor consumo y la que más problemas de adicción ocasiona en todo el mundo y en nuestro país.

### Aspectos epidemiológicos

Respecto de la gravedad del problema en nuestro país, la situación afecta particularmente a los núcleos étnicos indígenas, quienes utilizan más de 150 bebidas locales, sobre todo fermentadas, desde hace muchos años.<sup>3</sup> En el sector juvenil, principalmente rural,<sup>4</sup> el problema es alarmante y en ocasiones se combina con violencia y suicidio, por lo que la información veraz y oportuna no sólo al medio rural sino a todos los ámbitos, es importante<sup>5</sup> y en especial a la mujer,<sup>6</sup> partiendo del hecho de que el consumo exagerado que conlleva a la enfermedad, como quiera que ella se defina culturalmente, implica que es algo que puede prevenirse<sup>7</sup> y que debe estudiarse al igual que otras adicciones y que involucra diversos aspectos no solo médicos, sino también psicológicos, sociales y culturales. La educación para la salud, sobre todo de padres y educadores, es pues tarea prioritaria. También se trata de una enfermedad que afecta en la senectud y que puede prevenirse a través de la educación y capacitación.<sup>8</sup>

En conclusión y utilizando el ejemplo del alcohol, observamos claramente que la embriaguez está asociada a la armonía social más que a una conducta no inhibida o destructiva. La conducta del ebrio es afectada de manera sutil pero bien definida por las diversas prácticas sociales en las cuales las expectativas del grupo respecto de los

<sup>3</sup> Luis Berruecos. "Bebidas y licores de hoy", *Guía México desconocido*, núm. 18, Jilguero, pp. 50-84, y "Las bebidas tradicionales mexicanas", *Por Esto*, pp. 3-6.

<sup>4</sup> Luis Berruecos. "La salud del joven rural", *Revista de estudios sobre la juventud in Telpochtli, in Ichpuchtli*, pp. 33-38.

<sup>5</sup> Luis Berruecos. "Uso y abuso del alcohol", conferencia núm. 4, Petróleos Mexicanos, pp. 10, julio de 1983; "¿Es posible beber alcohol responsablemente?", *Por Esto*, pp. 3-5; "La influencia de la publicidad en los hábitos de consumo de alcohol", *Liber-Addictus*, núm. 65 (primera parte) y en *Liber-Addictus*, núm. 66 (segunda parte); "La influencia de la familia en las actitudes hacia el consumo del alcohol?", *Liber-Addictus*, pp. 18-19; "Beber responsablemente", *Ocurrencias*, núm. 1, Editorial Ocurrencias; "La educación para la salud en el campo del alcoholismo a través de los padres y educadores", *Relaciones*, núms. 13-14, pp. 155-161; "Cómo prevenir el alcoholismo", *Educación 2001*, núm. 20, pp. 54-56; "¿Se puede beber responsablemente?", *Liber-Addictus*, núm. 14, pp. 24-26.

<sup>6</sup> Luis Berruecos et al., *La mujer y el alcohol*, pp. 1-6; "Alcoholismo: información básica para la población rural", Consejo Nacional contra las Adicciones y Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, AC, pp. 1-28.

<sup>7</sup> Luis Berruecos, María Elena Medina Mora y Laura Díaz-Leal Aldana, "La prevención de las adicciones", *Curso básico sobre adicciones*, pp. 131-164.

<sup>8</sup> Luis Berruecos, "La capacitación en materia de adicciones", *Liber-Addictus*, núm. 61, pp. 13-15.

efectos del alcohol desempeñan un papel decisivo. También es importante señalar en términos de persistencia y cambio, que las tradiciones, costumbres y formas de vida de un grupo, a pesar del choque cultural de la Conquista, siguen entremezclándose de aspectos religiosos, rituales y ligados a la religión antigua y a la moderna que surgió apenas hace dos siglos.

En este trabajo, además de lo anterior, se proporciona un breve panorama epidemiológico que aborda aspectos como la incidencia y prevalencia en el consumo de drogas, las acciones que se llevan a cabo para contrarrestar sus efectos en la población y cómo destruye las relaciones familiares, deconstruyendo entonces el tejido social que conforman los núcleos de población como son las ciudades.

Por lo que se refiere al consumo de drogas entre adolescentes, en 1998 se llevó a cabo una Encuesta Nacional<sup>9</sup> cuyos principales resultados son los siguientes:

La Encuesta se llevó a cabo entre adolescentes de 12 a 17 años y los datos provienen de la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) realizada en hogares ubicados en zonas urbanas del país y se encontró que 3.57 por ciento de los varones y 0.6 por ciento de las mujeres habían usado una o más drogas, excluyendo al tabaco y al alcohol, 2.14 y 0.45 por ciento lo habían hecho en los doce meses previos y 1.4 y 0.3 por ciento en los 30 días antes. La marihuana es la droga más usada (2.4% y 0.45%), seguida por los inhalables (1.08% y 0.20%) y la cocaína (0.99% y 0.22%). El riesgo de usar drogas se asoció con ser hombre, no estudiar, el que consideraran fácil conseguir drogas, el que los amigos no vieran mal su uso o las usaran, el uso en la familia y la depresión. Lo anterior refleja que el consumo de drogas ha mostrado variaciones importantes a partir de los setenta, fecha en que se realizan las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social, con el interés de conocer la distribución de su consumo en el país. Al tradicional problema de uso de inhalables entre los menores y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado a los niños y a los sectores pobres de la población, aparecen nuevas drogas como son las metaanfetaminas y el inicio del consumo de drogas se ubica en edades cada vez más tempranas, de ahí que sea de interés estudiar al sector más joven de la población y dilucidar cuáles son los factores que los llevan al uso de drogas y finalmente al uso problemático. En la encuesta se menciona además que aparecen recientemente en el mercado nuevas formas de cocaína como el *crack*, presentación más adictiva y dirigida al mercado de menos recursos. El uso de drogas del tipo de las metaanfetaminas empieza a documentarse en los primeros años de los noventa y su consumo es más frecuente en la frontera noroccidental del país, como se observa en el siguiente cuadro:

<sup>9</sup> Medina-Mora, ME12, Cravioto, P.12, Villatoro, J.12, Fleiz, C.3, Galván-Castillo, F.4, Tapia-Conyer, R.12.

## Acciones

Una de las ciencias que más ha ayudado a entender el problema del consumo de drogas es la epidemiología científica, que es una de las ramas de la medicina más recientes,

**Cuadro 3**  
**Variaciones en el consumo de drogas alguna vez por regiones del país**

	Marihuana		Inhalables		Cocaína		Cualquier droga	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Resultados Nacionales	2.5%	0.5%	1.1%	0.2%	1.0%	0.2%	4.9%	1.6%
Región Norte	4.1%	0.9%	1.2%	0.1%	1.7%	0.6%	5.6%	1.5%
Región Centro	1.7%	0.4%	1.1%	0.4%	0.7%	0.2%	4.7%	2.1%
Región Sur	2.4%	0.2%	1.0%	—	0.9%	—	4.9%	0.9%
Tijuana	5.3%	3.6%	4.6%	1.4%	2.3%	3.6%	9.9%	5.7%
Ciudad Juárez	3.4%	—	—	—	4.1%	—	6.1%	0.8%
Matamoros	3.2%	—	—	—	—	—	3.2%	1.6%
Monterrey	5.8%	0.6%	0.5%	—	1.6%	0.6%	6.9%	0.6%
Guadalajara	4.2%	0.5%	1.9%	—	3.3%	0.5%	7.4%	2.5%
Ciudad de México	1.0%	0.9%	1.0%	0.9%	0.3%	0.3%	5.1%	3.0%

Fuente: Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., Tapia-Conyer, R.: Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998.

ya que surge a mediados del siglo XIX casi al igual que la microbiología, aunque su práctica es anterior y está basada en creencias populares: por ejemplo, antes se pensaba que los olores de sustancias putrefactas provocaban las enfermedades. La palabra *epidemiología* viene de las raíces griegas *epi* (sobre), *demos* (pueblo) y *logos* (estudio). Entre 1846 y 1854 se dedicó a estudiar enfermedades tales como el sarampión, la fiebre puerperal, la tifoidea y el cólera. El descubrimiento del microscopio aceleró el estudio de la microbiología y cambió el panorama. La idea principal era estudiar las causas y vías de transmisión de las enfermedades, pero también hubo quien estudió más las causas; otros analizaron los efectos y algunos se dedicaron a las enfermedades endémicas como la tuberculosis y la sífilis o al estudio de las epidémicas como el cólera. La meta fundamental de la epidemiología es estudiar los factores y las condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico. Se ha visto que existen diferentes tipos de enfermedades y la idea es explicar las causas, los efectos y los medios para controlarlas. Así, la epidemiología

se interesa por la prevalencia e incidencia como indicadores sintomáticos de otros problemas sociales, biológicos, ecológicos, económicos y psicológicos que es necesario disminuir. En el caso del uso de drogas, se habla de precursores de los problemas relacionados con el consumo, mismos que han sido descritos como factores de riesgo y que surgen antes de que aparezca el consumo excesivo, estando estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir el uso por medio de la eliminación, reducción o disminución de los precursores.

### **La prevención**

Se ha señalado que no se ha concedido a la mente todo su valor en los programas de salud pública y que las metas de la salud mental, en el contexto de la medicina preventiva, se refieren a prevenir los desórdenes mentales, fomentar la salud mental a partir de la educación y el saneamiento del medio psicosocial y organizar los servicios asistenciales para la prevención, el diagnóstico precoz y la rehabilitación, suscitando la participación activa de la colectividad en todas estas acciones (De la Fuente, 1987:213-222). En el caso del consumo de drogas, y para lograr lo anterior, es fundamental co-nocer primero la dimensión de los problemas que van a atacarse y se ha visto que el conocimiento epidemiológico y las condiciones socioculturales que propician el uso de drogas son la base para el diseño de programas preventivos específicos para la población afectada. Así, hay quien dedica mayor atención al desarrollo neural y, por tanto, mental del niño, a la incomunicación, desnutrición y privación de estímulos intelectuales y afectivos en etapas clave del desarrollo, el enfocar en la familia del afectado, más que en el individuo, el consejo genético, la educación de los padres y la capacitación de los promotores de salud mental, todo ello dentro del rango de la prevención primaria.

Al respecto, se ha sugerido que una de las rutas más promisorias en la implementación de estrategias preventivas y efectivas, es a partir del enfoque en los factores de riesgo en su asociación con los problemas relacionados con el consumo de sustancias y su dependencia, lo que tiene implicaciones diversas para las estrategias que deben adoptarse en la prevención. Para ello, obviamente lo primero es identificar los factores de riesgo y los métodos a partir de los cuales estos factores se promueven. Entre los factores de riesgo, se señalan las leyes y normas tolerantes hacia las conductas problemáticas, la disponibilidad, la privación socioeconómica, la desorganización comunal, los factores psicológicos (bioquímicos, genéticos), la conducta familiar hacia las drogas, las prácticas y los conflictos familiares que llevan a la baja en la autoestima, las fallas en los valores, etcétera. Las nuevas metodologías que apuntan a enfatizar en los facto-

res de protección, se refieren al cambio de normas sociales, estrategias de resistencia e influencia social, así como acciones preventivas que ataquen factores de riesgo tempranos que pueden corregirse a tiempo.

El uso de drogas está multideterminado y ni un solo factor puede asumirse como el responsable y causal del consumo. En este sentido, hay consenso en cuanto a que existen cinco tipos de factores que influyen en el consumo: estos son los conductuales individuales, los actitudinales, los psicológicos individuales, los del ambiente familiar y los del ambiente de la comunidad en la que se vive. Más en detalle, se refieren a lo siguiente: los factores conductuales tienen que ver con las fallas escolares, conductas antisociales tempranas, experimentación temprana de drogas y fallas en las habilidades personales. Los de actitud, se refieren a una rebeldía contra la autoridad, bajo rendimiento escolar, actitudes favorables hacia la desviación de normas y hacia el comportamiento adulto. En cuanto a lo psicológico, la baja autoestima desempeña un papel fundamental y en relación con los factores familiares, influye una historia familiar de uso de drogas o conductas antisociales, baja habilidad parental para el manejo de los conflictos o alta tolerancia hacia la desviación, permisividad, desorganización familiar y ausencia de límites. En relación con los factores comunitarios, la depauperación económica y social, la desorganización social, las normas favorables a la desviación, la disponibilidad de drogas y la cercanía con parientes o amigos que usan drogas, son factores importantes que influyen en su posible consumo. Resumiendo, puede decirse que existen variables que influyen y a su vez están influenciadas por el consumo y que tienen que ver con el ámbito biológico (procesos fisiológicos) o el intrapersonal, social y el sociocultural o del sistema comunitario.

Recordemos que en cuanto al problema del uso, abuso y adicción a las drogas, que no es reciente en la historia de la humanidad, se han ensayado muchos caminos, algunos de los cuales han resultado francamente infructuosos. Para lograr acciones efectivas que reduzcan los problemas derivados del consumo, se necesita del concurso de la sociedad civil en corresponsabilidad con los encargados de administrar las acciones necesarias y proveer los recursos. Nadie está ajeno a esta terrible enfermedad de las adicciones: a todos concierne, pues, buscar imaginativamente, las acciones correctas para enfrentarla.

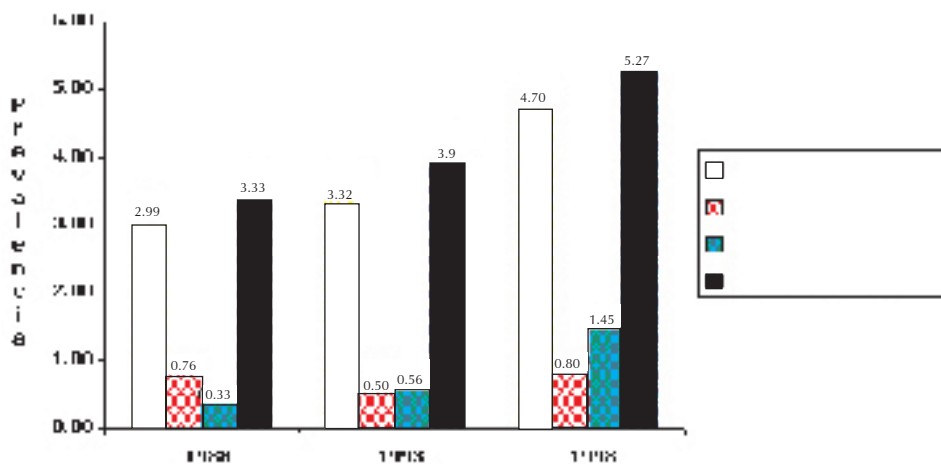
A continuación, se presentan gráficas y datos sobre el consumo de drogas ilícitas en México, tanto en la población general como en grupos específicos y cuadros comparativos al respecto. El término "alguna vez en la vida" se refiere a la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada (urbana de 12 a 65 años) que reportó haber consumido alguna droga ilícita. Ello permite hacer una primera distinción en la población entre quienes han usado drogas y los que no, sin considerar si las consumen actualmente. Por otra parte, el concepto "Último año" se refiere a la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga ilegal una o más



veces dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista, mientras que "Último mes" a la prevalencia, conocida también como uso actual, permite estimar qué proporción de la población utilizó drogas dentro de los 30 días previos al estudio.

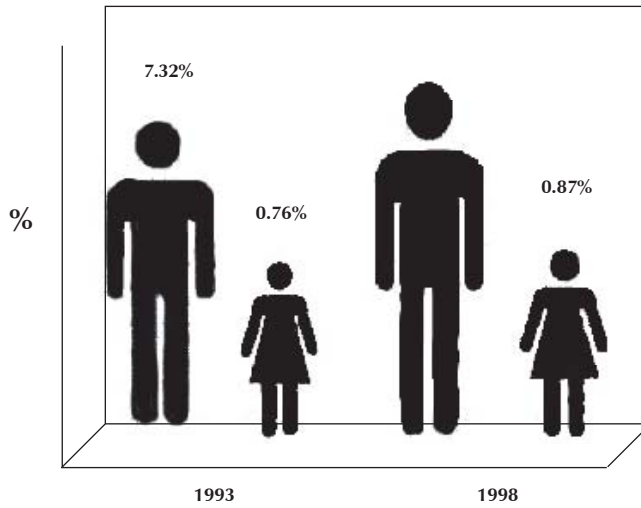
Los datos nos indican que las drogas están presentes en la población adolescente entre 12 y 17 años y que se manifiesta en las zonas urbanas de más de 2 500 habitantes en todo el país. Si bien los índices de consumo son mayores en la zona norte y en las grandes metrópolis, una parte importante de las diferencias con las ciudades y regiones con índices más bajos se debe en parte a un menor uso entre mujeres: ellas siguen consumiendo en menor proporción que los varones.

**Gráfica 1**  
**Población general. Tendencias del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en la población urbana de 12 a 65 años**



Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC / SSA.

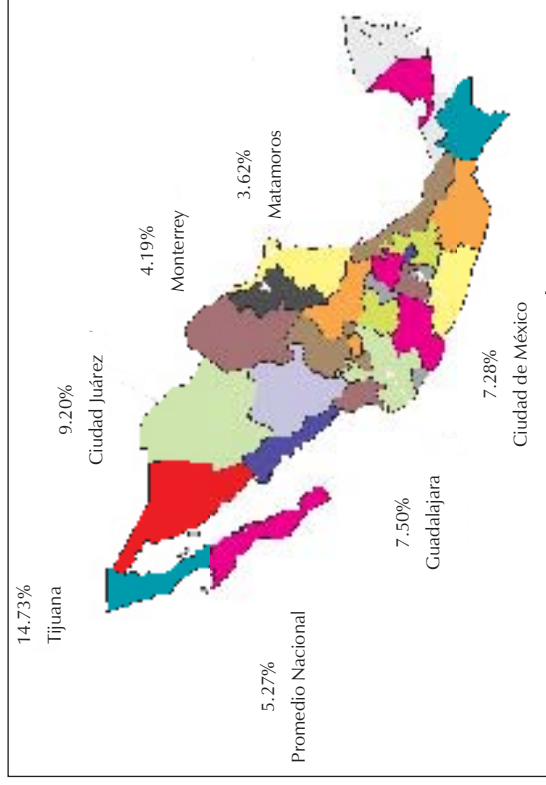
**Gráfica 2**  
**Consumo por tipo de droga alguna vez, último año**  
**y último mes, en población urbana de 12 a 65 años.**  
**Tendencias del consumo de drogas ilegales alguna vez**  
**en la vida, por sexo.**



Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1993 y 1998, IMP, DGE, CONADIC/ SSA.

Gráfica 3

Tendencias del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida, por regiones, 1988, 1993, 1998. Población urbana de 12 a 65 años. Encuesta Nacional de Adicciones 1998. Variaciones del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida por ciudades



**Prevalencia de uso de drogas**

	HOMBRES				MUJERES							
	Alguna vez		Últimos 12 meses		Alguna vez		Últimos 12 meses					
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%				
Tranquilizantes	0.7	0.53-1.32	0.3	0.21-0.60	0.1	0.22-0.22	0.4	0.27-0.66	0.2	0.24-0.24	0.1	0.15-0.15
Estimulantes	0.3	0.09-0.88	0.1	0.13-0.13	0.1	0.01-0.01	0.2	0.24-0.24	*	0.05-0.05	—	0.03-0.03
Mariguana	2.5	.67-11.41	1.6	1.65-2.83	1.1	0.93-2.11	0.5	0.47-0.66	0.3	0.11-0.11	0.1	0.08-0.08
Alucinógenos	0.2	0.32-1.11	—	0.08-0.08	—	0.00-0.00	0.1	0.09-0.09	*	0.00-0.00	*	0.00-0.00
Cocaína	1.0	2.19-3.76	0.4	0.54-1.32	0.2	0.25-0.64	0.2	0.29-0.29	0.1	0.09-0.09	*	0.03-0.03
Inhalables	1.1	1.12-2.29	0.6	0.28-0.28	0.2	0.13-0.13	0.2	0.11-0.11	0.2	0.05-0.05	0.2	0.05-0.05

\* <0.1%

Fuente: El Consumo de Drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998.

### Tasa de continuidad en el uso y tipo de usuario

	HOMBRES		MUJERES	
	Tipo de usuario Experimentadores <sup>1</sup>	Tasa de continuidad Últimos 12 meses <sup>2</sup> 30 días <sup>3</sup>	Tipo de usuario Experimentadores <sup>1</sup>	Tasa de continuidad Últimos 12 meses <sup>2</sup> 30 días <sup>3</sup>
Tranquilizantes	80%	51%	77%	55%
Estimulantes	48%	56%	59%	10%
Mariguana	61%	63%	93%	60%
Alucinógenos	85%	0%	100%	27%
Cocaína	72%	45%	41%	58%
Inhalables	74%	54%	96%	96%

<sup>1</sup> Porcentaje del total de usuarios que reportaron haber experimentado con cada droga de 1 a 5 veces, la diferencia al 100% se refiere a menores que continuaron el uso después de experimentar con drogas.

<sup>2</sup> Porcentaje que habiendo usado la droga alguna vez, reportó seguir usándola en los 12 meses previos al estudio.

<sup>3</sup> Porcentaje que habiendo usado la droga en los últimos 12 meses, reportó seguir usándola en los 30 días previos al estudio.

Fuente: El Consumo de Drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998.

### Variaciones en el consumo de drogas alguna vez por regiones del país

	Mariguana		Inhalables		Cocaína		Cualquier droga	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Resultados Nacionales	2.5%	0.5%	1.1%	0.2%	1.0%	0.2%	4.9%	1.6%
Región Norte	4.1%	0.9%	1.2%	0.1%	1.7%	0.6%	5.6%	1.5%
Región Centro	1.7%	0.4%	1.1%	0.4%	0.7%	0.2%	4.7%	2.1%
Región Sur	2.4%	0.2%	1.0%	—	0.9%	—	4.9%	0.9%
Tijuana	5.3%	3.6%	4.6%	1.4%	2.3%	3.6%	9.9%	5.7%
Ciudad Juárez	3.4%	—	—	—	4.1%	—	6.1%	0.8%
Matamoros	3.2%	—	—	—	—	—	3.2%	1.6%
Monterrey	5.8%	0.6%	0.5%	-.%	1.6%	0.6%	6.9%	0.6%
Guadalajara	4.2%	0.5%	1.9%	—	3.3%	0.5%	7.4%	2.5%
Ciudad de México	1.0%	0.9%	1.0%	0.9%	0.3%	0.3%	5.1%	3.0%

### A manera de conclusión

De la lectura y análisis de la información anterior, resulta evidente que en cuanto al consumo de drogas en nuestro país, la situación es realmente alarmante. A finales de junio de 2003, la Secretaría de Salud dio a conocer, a partir de un Resumen Ejecutivo, los datos preliminares de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas que se derivan de la Encuesta Nacional de Adicciones que se llevó a cabo en el país el año anterior. En cuanto a tabaco y en población urbana por grupos de edad y sexo, casi 22 millones de personas reportan consumirlo entre las edades de 18 y 34 años, siendo de ellos casi trece millones hombres. En las zonas rurales, la cifra llega a casi 6 millones, 3.5 de los cuales son hombres. En relación con el alcohol, hay más de 32 millones de personas que lo consumen entre los 12 y los 65 años: el consumo per cápita se estimó en casi 3.5 litros y se reporta un incremento en zonas urbanas, sobre todo en la población adolescente que siendo del 27 por ciento en 1998, ascendió a 35 por ciento el año pasado. En cuanto a otras drogas, la región norte reporta el más alto consumo (7.45%) y la sur, el menor (3.08%). Las drogas de uso más común son la marihuana e inhalables, pero los alucinógenos, la cocaína y otros derivados, la heroína y los estimulantes de tipo anfetamínico, están creciendo en cuanto a sus porcentajes de consumo sobre todo en las zonas urbanas. El uso de drogas médicas fuera de prescripción (tranquilizantes y sedantes sobre todo) así como las anfetaminas y otros estimulantes, se da principalmente en las ciudades y entre poblaciones adolescente y adulta. A pesar de

ello, el índice de consumo en México es inferior al observado en otros países: mientras que en todo el mundo hay 185 millones de usuarios (4.3% de la población mayor de quince años), en México las cifras indican sólo 1.68 por ciento. Ante esta situación, las autoridades y el sector privado han elaborado programas y modelos preventivos tales como "Construye tu vida sin adicciones" (Conadic) y otros modelos de prevención de los Centros de Integración Juvenil, el Instituto Nacional de Psiquiatría, el DIF, la SEP, el Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población (Imifap), la Fundación "Ama la vida" (Modelo Comunitario de Integración Psicosocial) y el INEA.

Estamos ante un problema viejo al cual hay que darle soluciones nuevas. Dada la multiplicación de maneras de clasificar las drogas, intentamos incluir cuadros explicativos que las diferencien de acuerdo con sus características principales, destacando cuáles son las de mayor consumo y explicando cómo funcionan en el organismo. Asimismo, intentamos apoyar la posición científica que deshecha la legalización de las drogas y dimos argumentos al respecto. Después de una breve revisión histórica, explicamos en qué consiste la situación epidemiológica actual, apoyados en las estadísticas que existen y mencionamos cuáles son los principales aspectos epidemiológicos y las acciones preventivas que deben realizarse.

Ante esta situación, varias son las acciones que deben llevarse a cabo: en primera instancia, se requiere de más investigación psicosocial y cultural, así como epidemiológica, para conocer la magnitud real en términos de incidencia y prevalencia del consumo de drogas en México. Asimismo, deben llevarse a cabo más acciones para la formación y capacitación de cuadros expertos en la investigación y en la prevención, aunque también el tratamiento y la rehabilitación son tareas que no deben postergarse, sobre todo ante la ausencia de políticas oficiales al respecto; recordemos que consumir drogas es una forma de des-hacer ciudad. El problema del consumo excesivo de drogas es una situación que, como señalamos, a todos afecta y por lo cual requiere del concurso y la coparticipación de la sociedad en general.

## Bibliografía

- Beruecos, Luis (1974). "La función de la antropología en las investigaciones sobre la farmacodependencia", *Cemef informa*, año II, vol. II, núm. 2, febrero 15, pp. 1 y 9-14 (primera parte) y año II, vol. II, núm. 3, marzo 15, pp. 1 y 4-14 (segunda parte). Centro Mexicano de Estudios Farmacodependencia, México.
- (1982). "La salud del joven rural", *Revista de estudios sobre la juventud in Telpochtli, in Ichpuchtli*, año 2, núm. 7, octubre, Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud, México.
- (1983). "Uso y abuso del Alcohol", conferencia núm. 4, Subdirección técnica

- administrativa, julio, Pemex, México, 10 p.
- (1983). "Aspectos antropológicos del alcoholismo en México", *El alcoholismo en México*, t. III, Fundación de Investigaciones Sociales, AC, México.
- (1997). "¿Se puede beber responsablemente?", *Liber-Addictus*, año 3, núm. 14, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, AC y Liber-Ad, AC, marzo, México.
- (1981). "El alcoholismo y el abuso del alcohol como problema de salud pública, desde el punto de vista de un antropólogo social", *Investigaciones recientes en el área maya: memorias de la XVII Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología*, 21-27 de junio, t. IV, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, pp. 477-484.
- (1988). "Aspectos culturales del consumo del alcohol en México", *Alcohol Consumption Among Mexicans and Mexican-Americans: A Binational Perspective*, diciembre, Universidad de California, Los Ángeles, pp. 85-102.
- (1994). "Bebidas y licores de hoy", *Guía México Desconocido, Bebidas nacionales*, núm.18, noviembre, Jilguero, México.
- (1994). "Antropología médica, etnomedicina y curanderismo", *Revista del Residente de Psiquiatría*, año 5, vol. 5, núm. 3, julio- septiembre, México.
- (1994). "El punto de vista sociocultural sobre el alcoholismo", *Addictus*, año I, núm. 1, marzo- abril, Ediciones Alternativas, México.
- (1994). "La etnografía y el psicoanálisis", *Imagen Psicoanalítica*, Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, AC, año 3, núm. 4, México.
- (1994). "La investigación etnográfica de las adicciones", *Curso básico sobre adicciones*, noviembre, Centro contra las Adicciones y Fundación ama la vida, IAP, pp. 53-130, México.
- (1995). *Alcoholismo: información básica para la población rural*. Consejo Nacional contra las Adicciones y Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo AC, México.
- (1995). *La mujer y el alcohol*. Consejo Nacional contra las Adicciones y Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo AC, México.
- (1995). "Farmacodependencia: el problema social", *Humanidades*, núm. 105, 28 de junio (1a. parte) y *Humanidades*, núm.106, 16 de agosto (2a. parte), UNAM, México.
- (1996). "Beber responsablemente", *Ocurrencias*, año I, vol. I, núm.1, diciembre, Ocurrencias, México.
- (1996). "El uso de drogas y el fenómeno religioso", *Addictus*, año 3, núm.13, noviembre- diciembre, Ediciones Alternativas, México.
- (1996). "La educación para la salud en el campo del alcoholismo a través de los padres y educadores", *Relaciones*, núms. 13-14, UAM-Xochimilco, México.
- (1997). "Cómo prevenir el alcoholismo", *Revista Educación 2001*, núm. 20,



México.

- (1997). “La influencia de la familia en las actitudes hacia el consumo del alcohol?”, *Liber-Addictus*, año 3, núm. 15, noviembre-diciembre, ContrAdicciones, Salud y Sociedad, AC y Liber-Ad, AC, México.
- (1997/ enero 1998). “El punto de vista sociocultural sobre el alcoholismo”, *Orígenes y efectos de las adicciones*, SEP (Biblioteca para la actualización del maestro), México.
- (1998). “Un enfoque antropológico sobre el alcoholismo”, *Liber-Addictus*, año 3, núm. 17, ContrAdicciones, Salud y Sociedad AC y Liber-Ad, AC, México.
- (1998). “Las naciones y sus drogas”, *Liber-Addictus*, año 4, núm. 23, octubre, ContrAdicciones, Salud y Sociedad AC y Liber-Ad, AC, México.
- (1998). “Alcoholismo: el enfoque social”, *Liber-Addictus*, año 4, núm. 19, ContrAdicciones, Salud y Sociedad AC y Liber-Ad, AC, México.
- (2002). “La capacitación en materia de adicciones”, *Liber-Addictus*, año 9, núm. 61, julio, ContrAdicciones, Salud y Sociedad AC y Liber-Ad, AC, México.
- (2002). “La influencia de la publicidad en los hábitos de consumo de alcohol”, *Liber-Addictus*, año 9, núm. 65, noviembre (primera parte) y en *Liber-Addictus*, año 9, núm. 66, diciembre-enero (segunda parte), ContrAdicciones, Salud y Sociedad AC y Liber-Ad, AC, México.
- (2003). “¿Es posible beber alcohol responsablemente?”, Unicornio, suplemento científico y cultural de *Por Esto*, año 12, núm. 612, domingo 26 de enero, Mérida, Yucatán, México.
- (2003). “Las bebidas tradicionales mexicanas”, Unicornio, suplemento científico y cultural de *Por Esto*, año 12, núm. 619, domingo 16 de marzo, Mérida, Yucatán, México.
- Berruecos, Luis, María Elena Medina Mora y Laura Díaz- Leal Aldana (1994). “La prevención de las adicciones”, *Curso básico sobre adicciones*, noviembre, Centro contra las Adicciones y Fundación ama la vida IAP, México.
- De la Fuente Muñiz, Ramón (1987). “La prevención en el campo de la salud mental”, *Memoria de la II Reunión de Salud Mental*, Sistema Nacional para el desarrollo integral de la familia, Monografías, Serie núm. 1, abril, México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría, *La evolución del consumo de drogas en estudiantes: medición otoño de 2000*, México.
- Medina, M. (2001). “El consumo de drogas en México”, en *Drogadicción en México*, México Desconocido, México.
- Medina-Mora, M. et al. (1998). *Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional 1998*, México.