

DEL SIGLO XX AL TERCER MILENIO.

LAS ADICCIONES Y LA SALUD PÚBLICA:

DROGAS, ALCOHOL Y SOCIEDAD

Ma. Elena Medina-Mora,¹ Guillermina Natera,² Guilherme Borges,³
Patricia Cravioto,⁴ Clara Fleiz,⁵ Roberto Tapia-Conyer⁶

SUMMARY

Social changes observed in the last decades, –derived from variations in the demographic structure of the population with an increase in the absolute numbers of adolescents and persons from the third age with special vulnerabilities for substance abuse; recurrent economical crisis where problems derived from the increasing level of drug abuse among this group are added to those that result from poverty and lack of opportunities, and modernization and globalization as well– have affected the lives of persons in the individual, familial and social areas where drug abuse is immersed. To the traditional problem of alcohol abuse among middle-aged males, now females and adolescents are abusing alcohol imitating adult models where drinking and drunkenness are often linked. In spite of the change in social perception that associates tobacco use with health risks, Mexican adolescents, specially females, are smoking more. To the traditional problem of inhalation of solvents with psychotropic effects among children and adolescents and of marihuana among youth and some groups of the adult population, an increasing use of cocaine is observed, a trend that includes children and the poor sector of the population. An increasing use of IV drug use, an epidemic outbreak of heroin in selected cities bordering the United States, and the emergence of new drugs such as met-amphetamines, are now part of the drug subculture. The article describes some recent trends in drug use and changes observed from the 1970's, and discusses the perspectives for the future regarding the social context. The relation between drug use, sexual risk behavior and delinquency is discussed. The association with accidents and different forms of violence, including suicide and intrafamily violence, is also analyzed. The macro determinants of the problem and their relation to drug use (globalization, economical development and inequalities, migration, changes in gender roles and family composition) are reviewed. The article finishes with an overview of the challenges for the future and research need.

Key words: Drugs and society, sexual behavior, delinquency, violence, accidents, Mexico.

RESUMEN

Los cambios sociales de las últimas décadas –derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, en que hay, en números absolutos, mayor cantidad de adolescentes y de personas de la tercera edad; crisis económicas recurrentes a las que se suman problemas de pobreza agravados por el incremento en el uso de drogas, y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización– han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social en que interviene el abuso de sustancias. Al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones de edad media, ahora se han sumado las mujeres y los adolescentes que copian los modelos adultos asociados con frecuencia al consumo y la embriaguez. Aunque ha habido un cambio en la percepción social del tabaco como producto adictivo y dañino para la salud, los adolescentes, principalmente mujeres, lo consumen cada vez más. Asimismo, al tradicional problema del uso de inhalables entre los menores y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se agrega ahora un consumo cada vez mayor de cocaína, que ha llegado incluso a los niños y a los sectores pobres de la población; en los adultos, este consumo se ha incrementado por vía intravenosa. Por otra parte, se ha detectado un brote epidémico de consumo de heroína en algunas regiones de la frontera norte y también han aparecido nuevas drogas como las meta-anfetaminas. En el artículo se describe el panorama del uso de drogas, sus tendencias a partir de 1970 y el pronóstico, a la luz de las condiciones sociales que prevalecen en México. Se discute la relación entre el uso de droga y la conducta sexual de riesgo y la conducta delictiva, se describe su asociación con los accidentes y con diferentes formas

1 Jefa de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo-Huipulco, 14370 México, D.F.

2 Jefa del Departamento de Investigaciones Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

3 Jefe del Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. INPRF y Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

4 Directora del Programa de Investigación y Fortalecimiento Epidemiológico de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud.

5 Investigadora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

6 Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud.

Recibido: 23 de mayo de 2001. Aceptado: 30 de mayo de 2001.

de violencia incluyendo la violencia intrafamiliar y el suicidio. Se hace por último una revisión de los principales determinantes macrosociales del problema (globalización, desarrollo económico y desigualdades sociales, migración, cambios en los roles de género y en la composición familiar) y su relación con el consumo de sustancias, y se concluye con los retos para el futuro y las necesidades de investigación.

Palabras clave: Drogas y sociedad, conducta sexual de riesgo, delincuencia, accidentes y violencia, México.

INTRODUCCIÓN

En México, las adicciones presentan nuevos retos al inicio del nuevo milenio. Así, el país enfrenta dos problemas endémicos: el abuso de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, con incrementos importantes en algunos grupos de la población. Del mismo modo, después de un largo periodo en que hubo bajas tasas de consumo de drogas, se ha pasado a un acelerado crecimiento, especialmente de drogas fuertes, con el consecuente incremento de problemas sociales y de salud. El objetivo de este artículo es describir el panorama del uso de drogas, sus tendencias y pronóstico a la luz de las condiciones sociales que prevalecen en nuestro país. Para ello, se hace una revisión de los grandes macrodeterminantes del problema y su relación con el consumo de sustancias, y se concluye con los retos para el futuro y las necesidades de investigación.

CONTEXTO

Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, las recurrentes crisis económicas y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social en que interviene el abuso de sustancias.

Se ha observado un importante crecimiento de la población, la cual se duplicó en 1981 y se espera que vuelva a duplicarse en 2020. Semejante crecimiento es derivado de un desfase entre el descenso de la mortalidad que empieza a manifestarse a partir de la década de 1930. Si bien en esa década la esperanza de vida era de 35 años para los varones y de 37 años para las mujeres, en 1999 aumenta a 72.8 y 77.3, respectivamente. Otro factor es la tardía disminución de la natalidad, la cual no se presenta sino hasta después de 1980 (de 6.11 a 2.48 hijos por mujer, entre 1974 y 1999) (12). El resultado es un incremento en números

absolutos de jóvenes para quienes hay pocas oportunidades de educación y empleo; a ello se suma un creciente número de personas de la tercera edad, derivado del aumento de la esperanza de vida (20).

Así, iniciamos el tercer milenio con aumentos de la población vulnerable al abuso de sustancias y de la población de la tercera edad con problemas y necesidades de atención especiales.

Las recurrentes crisis económicas y los cambios en los mercados de trabajo han repercutido en la calidad de vida de los mexicanos. Después de presentar tasas altas y sostenibles de crecimiento económico entre las décadas de 1940-1980 (cuando el producto interno bruto crece 6% y la población 3%), se presenta un importante receso derivado de un crecimiento del producto interno bruto (1.9%) inferior al observado en la población (2%). Y aunque en la década de 1990 parece revertirse la situación (3% y 1.7%) (13), la distribución de la riqueza está lejos de ser equitativa, dado que el 10% de las familias más pobres obtiene solamente un 1% del ingreso y el 10% de las más ricas acumula el 40% (21). Semejante desigualdad disminuyó antes de 1982 y aumentó a partir de entonces (3).

Por medio de indicadores de satisfacción de necesidades básicas (Boltvinik y Hernández) (3), han estimado que 70.6% de la población es pobre y 44.7% vive en pobreza extrema. Asimismo, según los autores, la diferencia de ingresos *per capita* entre los hogares pobres y no pobres se explica más por la inserción ocupacional de sus miembros que por el tamaño y la estructura de edades del hogar y la tasa de dependencia (gráfica 1).

La inserción ocupacional incluye a la mujer, aun aquella casada con hijos pequeños. Mientras que en 1940 la participación femenina en el mundo del trabajo alcanzaba sólo un 8%, en 1995 era de 35% (11). A las mujeres solteras, divorciadas y viudas se ha sumado la participación de madres, incluidas aquellas con hijos pequeños. En 1995, el 30% de las mujeres trabajadoras estaban casadas (25).

La familia nuclear sigue caracterizando a la población mexicana, pues el 73.7% de la población del país pertenece a esta categoría. Sin embargo, se observa un incremento de 4% entre 1976 y 1995 (22% y 26.2%, respectivamente) en el número de familias extensas y de familias monoparentales (de 6.8%, en 1976, a 13.5 %, en 1995).

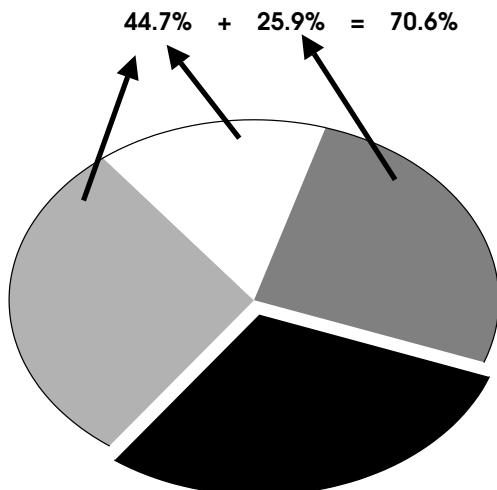
De este modo cambian los arreglos familiares, y se manifiesta una apertura y fragilidad en el vínculo, con modificaciones en las funciones de los roles, en tipo de uniones y en las relaciones entre las generaciones. Todo lo anterior limita el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a los riesgos externos, especialmente en el caso de aquéllas con menos recursos.

GRÁFICA 1
Crisis económicas recurrentes

Crecimiento económico			
Década	PIB	Población	EU*
40-80	+6.0%	3.0%	3.2%
80's	1.9%	2.0%	6.9%
90's	3.2%	1.7%	7.1%

Distribución del ingreso		
%	Grupo	Proporción del Ingreso
10%	+ pobres	1%
10%	+ ricos	40%

Consultores Internacionales, 1999
INEGI, 1990



Boltvinik y cols., 1999

Por otro lado, los pobres se incorporan a un mercado de trabajo informal que tiene menos exigencias. En éste participan también niños, niñas y adolescentes, que quedan así expuestos a mayores riesgos, como el acceso a drogas y las experiencias de victimización.

Un estudio reciente llevado a cabo por el DIF, con apoyo de la UNICEF y el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, documentó la existencia de 128 819 trabajadores menores de 19 años en espacios públicos de cien ciudades del país (39) y del Distrito Federal (50). Estos estaban empleados en ocupaciones que incluían desde actividades más o menos protegidas como empacadores en supermercados, pasando por diversos oficios como pescadores o tejedores de canastas, vendedores ambulantes, payasos o limpiaparabrisas, hasta la mendicidad, con una tasa de 63 menores trabajadores por cada 10 000 habitantes del grupo de edad. A esta cifra deben sumarse los menores que trabajan en espacios cerrados y que no se incluyeron en este conteo.

En el estudio conducido en el Distrito Federal, la tasa de dependencia resultante de dividir a la población

total entre la población ocupada remunerada fue de 1.69 personas trabajadoras por cada una que no trabajaba, en tanto que la tasa neta de dependencia observada para la población general es de 2.88. Lo anterior refleja una mayor incorporación de miembros de una misma familia al mercado laboral como resultado de la pobreza (50).

Tres fenómenos relacionados son los cambios en las creencias religiosas y las migraciones externas e internas. Si bien el catolicismo sigue siendo la religión predominante (89.6%), ha habido un incremento de 1.81%, en 1970, a 4.90%, en 1990 (21) de la proporción que profesa religiones protestantes, cuyas normas de vida incluyen la abstención de beber alcohol. Estas religiones representan un recurso importante para que las familias manejen en su seno el problema del alcohol (34). En comunidades rurales el profesor estas religiones se asocia con incremento en las oportunidades de migración internacional y con mejoras en los estilos de vida.*

Las migraciones externas se caracterizan por una continua interrelación con la cultura estadounidense; en 1996, la frontera México-Estados Unidos se cruzó 280 millones de veces en ambos sentidos. Esta alternativa de supervivencia constituye una importante fuente de recursos para el país, y se estima que los migrantes envían a México el 30% de sus ingresos semanales que oscilan entre 180 y 280 dólares. Este fenómeno se había venido incrementando de manera importante (de 260 000, en 1960, aumenta a 290 000 personas en 1970, y de 1 550 000, en 1980, a 2 600 000 personas, en 1990). Sin embargo, la tendencia se revierte entre 1993 y 1995, cuando muestra una disminución, probablemente debido a que los migrantes deciden establecer su residencia en Estados Unidos o a las mayores dificultades encontradas para cruzar la frontera (45).

Las migraciones internas, a su vez, han traído a las grandes urbes un crecimiento desmedido del número de viviendas en zonas populares o marginadas. Si bien es cierto que en los últimos 30 años ha disminuido el hacinamiento de 2.9 a 1.9 personas por cuarto, aún sigue siendo muy alto comparado con otros países. En zonas rurales se mantiene un nivel de hacinamiento de 2.6 personas por cuarto (46). Esta hiperurbanización no ha permitido un desarrollo uniforme y eficiente de los servicios, lo que se traduce en desajustes en las familias, ya que jóvenes y niños tienden a realizar más actividades lejos del hogar y del control familiar. La necesidad de crear centros habitacionales masivos, como los multifamiliares, o mantener vecindades

* García C, Medina-Mora ME, Kershenobich D, Natera G, Gutiérrez I: Epidemiological transition of drinking patterns in a Mexican Indian population. (*Manuscript*).

carentes de una organización social clara, refleja también un hacinamiento que impacta la conducta y vida social de sus habitantes.

Ante este panorama de pobreza y de falta de oportunidades, no es de sorprenderse que la producción ilícita de drogas y el narcotráfico encuentren un campo propicio. El vector más importante para la experimentación con drogas es el usuario mismo; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adolescentes, 64% de los menores recibieron por primera vez algún tipo de droga por parte de un amigo y sólo 4% por conducto de un distribuidor (42). En este sentido, el narcotráfico utiliza a los menores como introductores de droga en el mercado interno del país, dándoles droga para su consumo y para vender, es así, en las calles de las zonas urbanas en donde este fenómeno ocurre. En las zonas rurales, el cultivo de drogas continúa siendo en muchos casos la única alternativa económica viable para los campesinos pobres que deciden no migrar. Una vez que se incorporan al cultivo de drogas, en general estas personas permanecen en regiones aisladas en que difícilmente tienen acceso a programas de salud o de educación (1).

La acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización acarrea inestabilidad y nuevos valores orientados al consumo y al debilitamiento de los controles sociales tradicionales. En este contexto, el alcohol y las drogas se convierten en bienes de consumo y se incorporan al mercado. Y si bien los países ricos tienen tasas de consumo más altas (31) y, dentro de éstos, los grupos de población con más recursos (22,27), el impacto entre los pobres también es mayor, ya que a los problemas inherentes a la pobreza se suman los derivados del abuso de sustancias cuando se dispone de menos recursos para atenderlos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en los países de economía de mercado el abuso de tabaco, alcohol y drogas dan cuenta, respectivamente, del 11.7%, 10.3% y 2.3%, de los días de vida sana perdidos por muerte prematura o por discapacidad. A su vez, en los países en vías de desarrollo, la proporción alcanzada es considerablemente menor, -1.4%, 2.7% y 0.4%, respectivamente—si bien Latinoamérica comparte problemas inherentes al subdesarrollo, así como altas tasas de problemas derivados del abuso del alcohol y las drogas, con 9.7% y 1.6% días de vida sanos perdidos (31).

Al inicio del tercer milenio, las expectativas indican que el problema de las drogas seguirá aumentando porque igualmente crece la población vulnerable; porque siguen presentes y con tendencia a incrementarse todos los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales, y porque va en aumento la disponibilidad. En

vista de todo lo anterior, el reto consiste en detener su crecimiento.

MÉTODOS DE ABORDAJE

Un problema complejo y multifactorial como el que nos ocupa requiere estrategias también complejas para abordarlo. Como no existe una metodología capaz de dar cuenta por sí misma de todo el fenómeno, la estrategia seguida en el país ha sido conjuntar una amplia gama de metodologías puestas en marcha por diferentes instituciones. Estas han pretendido dar cuenta de:

- *La extensión del uso/abuso* (proporción de la población que usa sustancias, patrones de consumo, índice de abuso/dependencia).
- *La naturaleza del problema* (¿qué drogas se usan?, ¿por qué vía?, ¿qué proporción se inyecta drogas?, etc.).
- *Las características de las personas que usan drogas* (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.).
- *Los problemas asociados con el uso/abuso* (problemas familiares, laborales, legales, de salud, relación con el VIH, etc.).
- *Las tendencias del problema* (el problema, ¿aumenta?, ¿disminuye ?, ¿se manifiestan los mismos cambios en diferentes grupos de población?).
- *Las variables que incrementan el riesgo de que se experimente, se abuse o se desarrolle dependencia a las sustancias* (i.e., familiares y amigos que usan sustancias, percepción de riesgo, problemas interpersonales, valores sociales que limitan o promueven el uso, etc.).
- *Los factores de protección* (¿qué variables protegen a las personas de usar drogas o desarrollar dependencia en presencia de factores de riesgo?: baja tolerancia social, normas culturales, patrones de interacción familiar adecuados, elevada autoestima, etc.).
- *Las variables sociales y culturales propias del lugar en que ocurre el fenómeno* (por ejemplo, ¿qué factores se han dado que pudieran explicar los cambios en la prevalencia del problema?: aumento de la disponibilidad; cambios en reglamentos que regulan la producción, la distribución o la venta de drogas legales; cambios en las prácticas de los traficantes de drogas, normalización del uso en la sociedad, etc.).

Es necesario conjuntar una serie de métodos de investigación, un diagnóstico completo del problema requiere el análisis de información estadística sobre la disponibilidad, el consumo y las consecuencias del problema (i.e., series estadísticas de morbi-mortalidad e índices delictivos); encuestas en población general

(para obtener cifras de prevalencia en población que habite en viviendas normales); encuestas en grupos especiales, como los estudiantes (para conocer los patrones experimentales y las tendencias del problema; éstos han resultado útiles para detectar en forma temprana patrones que se observarán después en otros grupos de la población); encuestas de poblaciones de difícil acceso (para abordar a los grupos no cubiertos por otras metodologías, como los usuarios de heroína); sistemas de vigilancia epidemiológica (muy útiles como instrumentos de advertencia temprana de los problemas y para describir las tendencias).

Asimismo, a los métodos cuantitativos tradicionales se han sumado metodologías cualitativas que sirven para abordar poblaciones ocultas, pero principalmente para dar cuenta del contexto en que se manifiesta el fenómeno y para captar la voz de los afectados.

La conjunción de estos métodos –utilizados a partir de la década de 1970 gracias al esfuerzo de diferentes instituciones*, entre las que destacan la Dirección General de Epidemiología y otras instancias de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de Psiquiatría– ha descrito el fenómeno como se esboza a continuación. Cabe mencionar que, en estos esfuerzos, preocupados por buscar una cobertura amplia en el país, participan investigadores e instituciones que han hecho importantes contribuciones a la caracterización del problema en diferentes localidades.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones de edad media, se han sumado las mujeres y una población adolescente que copia los modelos adultos asociados con frecuencia con consumo y la embriaguez.

A diferencia de sus padres, los adolescentes de hoy parecen desarrollarse en un ambiente más “húmedo” donde se tolera y hasta, podría decirse, se promueve el consumo. Lo anterior ocurre porque, a diferencia de otros países, en México no existen normas claras que limiten el consumo en este grupo de edad en la familia o en los establecimientos comerciales.** Como antes, el consumo de alcohol sigue siendo un elemento importante del paso a la edad adulta pero ahora se suma a él un mayor número de mujeres y se presenta a edades más tempranas en unas y otros.

El 67% de los varones y 77.3% de las mujeres han bebido cuando menos una copa completa de alcohol

antes de cumplir 18 años, edad legal para beber. El índice de consumo fuerte –esto es, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes– es alto y llega a 3.6% en los varones y 1.5% en las mujeres, entre 12 y 17 años (42).

Aun cuando la mayor parte de los adolescentes no tiene problemas con su manera de beber, 3.2% de ellos presenta síntomas que sugieren dependencia (42). En el mismo sentido, aunque el alcohol se considera parte normal de la transición de la adolescencia a la edad adulta, el abuso de esta sustancia se asocia con los principales riesgos que ocurren en esta etapa, como tener relaciones sexuales bajo sus efectos, situación que reportaron el 23% de los adolescentes, según datos de la última Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior (19). Asimismo, intentar suicidarse fue 2 veces más frecuente entre quienes beben; conducir después de beber fue reportado por 9% de los menores entre 12 y 17 años, y subirse en un auto con un conductor que hubiera bebido demasiado fue mencionado por 16% de los casos(42).

Por otra parte, además de los adolescentes, las mujeres se han incorporado al mercado de consumo. Entre ellas, el índice de abstención disminuyó considerablemente en relación con lo que se observaba diez años antes –de 63%, en 1988, a 55%, en 1998– en tanto que entre los varones no se observaron diferencias importantes (23% y 27%, respectivamente). Pese a todo, la tasa de bebedores fuertes se mantuvo estable, y llegó a 16% entre los varones y 0.8% entre las mujeres; en 1988 las tasas eran de 14% y 0.6%, respectivamente. Tampoco se observaron cambios en la proporción de personas que reportó beber diario o casi diario, práctica poco común en nuestro país, pues sólo lo acostumbra 2.2% de la población urbana adulta (40,42).

El patrón típico de consumo entre varones sigue siendo de baja frecuencia (mensual o semanal) y se asocia más bien con grandes cantidades (5 copas o más por ocasión) característico del 65% de este grupo; los patrones de uso frecuente en cantidades limitadas siguen siendo poco usuales y alcanzan sólo 3.6%. Entre las mujeres, en cambio, el consumo poco frecuente en bajas cantidades es más común y ha aumentado de 21%, en 1988, a 35%, en 1998 (40,42).

En zonas urbanas del país, el alcoholismo afecta al 9% de los varones y al 1% de las mujeres entre 18 y 65

* SSA-IMP, 1988; SSA, DGE, 1993; SSA, IMP, DGE, CONADIC, 1998; SEP-IMP, 1976-1997; CIJ, 1990-1997; DIF 1999-2000.

** Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Ortiz A, Rojas E, Leal L y cols.: *Evaluación de un Modelo de Intervención. Resultados de la Fase I*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Consejo Estatal contra las Adicciones. Reporte Interno. México, 1997.

GRÁFICA 2

Per capita

Mortalidad por cirrosis

8.9Alcohol en sangre
Salas de urgencia**17.0*****5.4****10.9%****11.6*****Dependencia*** Tasas
ajustadas**48.6*****15.1%****20.9%**

Sin alcohol

8.2%

7% dependientes

Con alcohol

Borges y cols., 1999

Vega y cols., 1998

Edwards y cols., 1994

años; en la Ciudad de México, los índices alcanzan 9.2% y 1.9%. A pesar de los elevados índices de consumo, son pocas las personas que buscan ayuda. Así, los estudios de población general señalan que solamente una de cada tres personas dependientes del alcohol solicitan ayuda para atender el problema (42).

Los estudios transculturales que han compartido metodologías similares en México y Estados Unidos reportan que en nuestro país se tienen tasas de dependencia más bajas (8% en comparación con 18% de la población estadounidense) (52), tasas de consumo poco frecuente y de grandes cantidades más altas (24 y 6%) y menores tasas de consumo frecuente de bajas cantidades (3 y 12%) (8). En México se observan también tasas más altas de ingreso a salas de urgencia con niveles positivos de alcohol en la sangre (21 y 11%) (14), lo que sugiere que en nuestro país una proporción importante de los problemas derivados del abuso del alcohol resultan de prácticas equivocadas por parte de personas no dependientes (se ha estimado que sólo a 7% de los ingresos a salas de urgencia se atribuye una dependencia al alcohol)*, quienes son susceptibles de ser influidas por programas de educación y aprendizaje social (gráfica 2).

Comparaciones internacionales ubican también a México entre los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática, con una tasa de 22 muertes por 100 000 habitantes. Al ajustar la pirámide poblacional

mexicana a la de la Comunidad Económica Europea –a fin de comparar tasas de mortalidad evitando el sesgo producto de una población mexicana más joven y, por tanto, con menos riesgo de morir por una enfermedad crónica–, la mortalidad por esta causa alcanza una tasa de 48.6 muertes por 100 000 habitantes, cifra superior a la observada en Francia o en Estados Unidos, en que es de 17 y 11.6 muertes por 100 000 habitantes, respectivamente (18). Si bien la sobremortalidad existente en nuestro país se puede asociar con otros riesgos derivados de infecciones hepáticas o deficiencias nutricionales, es un hecho que la mortalidad por cirrosis asociada con el abuso de alcohol va en ascenso. En los hombres, ésta aumentó en 72%, entre 1970 y 1995, y presentó un aumento de 13% en el caso de las mujeres. Durante el mismo periodo, la mortalidad por cirrosis hepática asociada con otras causas disminuyó en 33% para los hombres y en 20% para las mujeres (43).

Así, enfrentamos el doble reto de reducir el índice de accidentes y otros problemas derivados de la intoxicación aguda, así como el de la dependencia, la cirrosis y otras consecuencias del consumo crónico.

* Borges G, Cherpitel C, Medina-Mora ME, Ramos L, Mondragón L: Ingresos por violencia a salas de urgencia y su prevención. Cartel presentado en: XIV Reunión de Investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría. México, D.F. Octubre 6-8, 1999.

TABAQUISMO

A pesar del cambio en la percepción social del tabaco como producto adictivo y dañino para la salud, los adolescentes, principalmente mujeres, lo consumen cada vez más.

De acuerdo con la ENA, la edad de inicio para adquirir el hábito tabáquico ha disminuido. En 1988, 57% de los fumadores actuales o pasados, había fumado su primer cigarrillo antes de los 18 años, en tanto que en 1998 este índice aumentó a 68%. La misma encuesta señala que 27% de los adolescentes varones y 17% de las mujeres de entre 12 y 17 años y que habitan en zonas urbanas han fumado; de ellos 15% fuma diario o casi diario.

Las encuestas entre escolares de enseñanza media y media superior del D. F. señalan un aumento de 9% entre 1991 y 1997, en el número de menores que han fumado. Este incremento es mayor entre las mujeres, en quienes el aumento fue de 12.5% en comparación con el 5.7% de los varones (2).

EL ABUSO DE OTRAS DROGAS

Al tradicional problema del uso de inhalables entre los menores y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta (con incrementos, en el caso de esta última sustancia, de 2.99%, en 1988, a 3.32%, en 1993, y 4.70%, en 1998), se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que incluso ha llegado a los niños y a los sectores pobres de la población. En los adultos se ha incrementado su uso por vía intravenosa. Asimismo, en algunas regiones de la frontera norte se ha detectado un brote epidémico de heroína y han aparecido nuevas drogas como las meta-anfetaminas.

El importante aumento en el índice de consumidores que se ha manifestado en el momento actual no es el primero que ocurre en nuestro país. En nuestra historia abundan los ejemplos de aumentos importantes en la disponibilidad y el consumo de sustancias. Así, por ejemplo, entre los historiadores existe consenso de que poco después de la Conquista hubo un importante aumento en el consumo de pulque, que derivó de un incremento en la disponibilidad y de la pérdida de control de la vida colectiva por parte de las autoridades indígenas tradicionales frente al poderío español. En las inmediaciones de la ciudad, las plantas de agave sustituyeron los cultivos locales, la producción rebasó la demanda y, a pesar de que los indígenas recibían los salarios más bajos, aun así podían comprar un litro y medio de pulque por día, cantidad típica consumida por ocasión, a cambio de una cuarta parte de su salario (47).

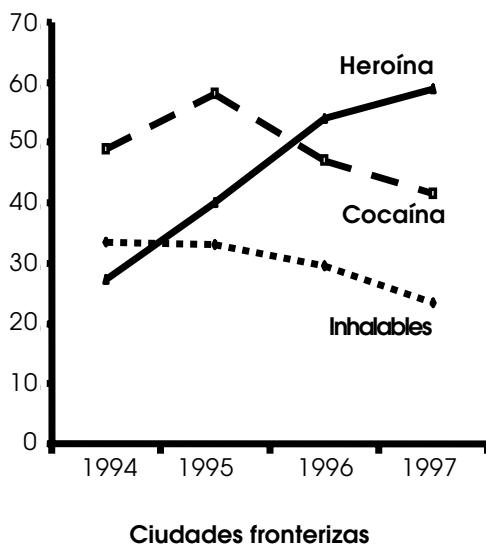
El consumo de marihuana ha presentado también importantes transiciones a lo largo de nuestra historia.

Denominada “niño venerable”, se tiene noticia de su consumo en comunidades indígenas desde 1772; se sabe, por ejemplo, que fue utilizada ritualmente por los tepehuas (17). Posteriormente, su uso se extendió entre los soldados y otros grupos de bajo nivel socioeconómico. En la década de 1970, por influencia del movimiento *jipi*, se convirtió en símbolo de rebelión entre la población joven de todas las clases sociales. También en esta época los jóvenes urbanos experimentan con plantas alucinógenas locales utilizadas como parte de los rituales mágico-religiosos de varios grupos indígenas del país.

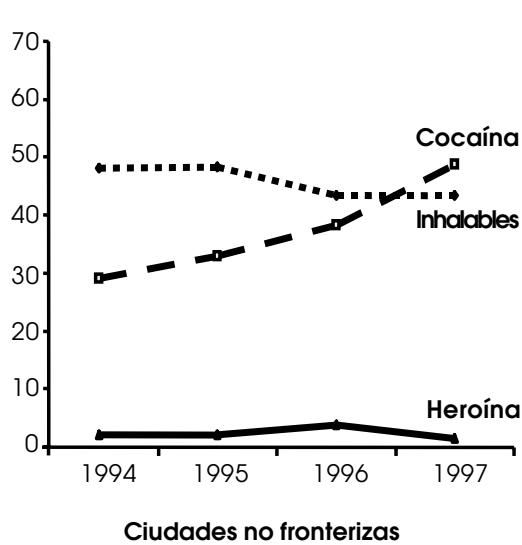
En la década de 1970, Natera (33) –con base en los registros de 6 630 pacientes atendidos de 1970 a 1976 en 27 Centros de Integración Juvenil distribuidos en la República y utilizando como indicador el año de primer uso de inhalables– documenta a partir de 1968 un rápido incremento de los casos que recurren a sustancias inhalables para alterar la conciencia, crecimiento que se mantiene durante el período de observación; de 25 casos iniciados con solventes inhalables en 1963 pasa a 1356 en 1968 y se eleva a 3512 en 1973, fecha que coincide con una rápida expansión de la industria de los petroquímicos. Las encuestas de Castro, en población escolar de enseñanza media y media superior, muestran también un importante incremento de la inhalación entre 1976 y 1978 de 0.9% a 5.4% (9).

Según se desprende de estas mismas encuestas entre escolares, en la década de 1970 el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población. Sin embargo, para 1984 el índice de usuarios de esta sustancia mostraba ya tasas similares en escuelas ubicadas en zonas con diferentes niveles de servicios y distintas características de ingreso y empleo de sus habitantes (9). No es sino hasta los últimos años en que parece disminuir el uso de esta sustancia ante el cambio de preferencia de la población usuaria que ahora se inclina por la cocaína. Lo anterior se desprende de encuestas conducidas en escuelas, que señalan que el uso entre varones descendió de 4%, en 1991, a 3%, en 1997 (28, 54). La misma tendencia se observa en el sistema de registro de casos detectados en instituciones de salud y procuración de justicia (36) y de pacientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil (10). Habrá que observar las tendencias futuras, pues los cambios en la disponibilidad de otras drogas podrían propiciar un repunte de la inhalación de estas sustancias de fácil acceso. Autores como De la Garza y Mendiola (16) han documentado su uso entre adictos a heroína en situaciones en que, por estar encarcelados, no tienen acceso a otras drogas; el mismo fenómeno se ha observado en el caso de los alcohólicos conocidos como “teporochos”.

GRÁFICA 3
Variaciones regionales en el abuso de sustancias.
Sistema de vigilancia epidemiológica (SISVEA)



Tapia y cols., 1998



(% del total de casos registrados)

También en la década de 1970, Suárez reporta un incremento abrupto en el número de nuevos casos de consumo de heroína en la población penitenciaria del estado de Baja California y entre pacientes atendidos en el Centro de Integración Juvenil de Tijuana, B.C., el único que en ese momento contaba con programa residencial. Tomando como indicador el año de inicio, el autor describe una aparición de nuevos casos, que se mantuvo estable entre 1960 y 1970, y un incremento considerable en cárceles a partir de 1972 y en centros de tratamiento a partir de 1973. El mismo autor reporta un incremento de 700% en el número de nuevos casos observados en 1976 en comparación con los detectados en 1970 (48,49).

Entre 1976 y 1982, dos de cada cien personas atendidas en los Centros de Integración Juvenil del país usaba esta sustancia. De ellos, el 82% fue atendido en centros de tratamiento ubicados en 4 ciudades fronterizas: Tijuana, Ciudad Juárez, Nogales y Piedras Negras.*

Desafortunadamente, no existen registros publicados del índice de solicitud de servicios sino hasta la década de 1990, periodo en que los Centros de Integración Juvenil colaboran con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones de la Secretaría de Salud, SISVEA. En esta década, los registros de los Centros de Integración Juvenil muestran un incremento de 3.8%, en 1990, a 4.7% en 1999 en el número de casos detectados, con predominio en la zona fronteriza (10).

El SISVEA reporta también un notorio aumento

en el número de centros de atención para adictos de heroína a cargo de organizaciones no gubernamentales y, con éstos, del número de casos atendidos en la frontera, fenómeno que se observa menos en otras regiones. En 1994, 13.3% de los adictos atendidos por estas organizaciones reportó la heroína como droga de impacto; en 1999, el porcentaje ascendió a 44%. En ciudades no fronterizas, estas proporciones eran de 1.6% y 7.4%, respectivamente (gráfica 3).**

Al describir el contexto del abuso de heroína en Ciudad Juárez, Cravioto y cols. lo han caracterizado como una práctica relativamente abierta en barrios de clases poco favorecidas. En estas zonas son comunes los "picaderos" (lugares a los que los adictos acuden a inyectarse la droga); el bajo nivel socioeconómico de los adictos y la participación de adolescentes en las prácticas de consumo.***

La cocaína ha provocado el importante incremento en el abuso de sustancias, fenómeno del que dan cuenta todos los sistemas de información disponibles. Por ejemplo, las encuestas nacionales de adicciones muestran

* Hernández DJ, Sánchez HS: *Investigación con 108 usuarios de heroína en la ciudad de Tijuana*. Centros de Integración Juvenil. Documento mimeografiado. México D.F., 1985.

** TapiaR, Kuri P, Cravioto P, Revuelta A: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 1998. México.

*** Cravioto P, Medina-Mora ME, De la Rosa B: El Problema de la Heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Protocolo de Investigación en Proceso. México, 2000.

incrementos de 0.33, 0.56 y 1.45% (40,41,42). El sistema de registro de la Ciudad de México (SRID) refleja un incremento en el número de usuarios de drogas que ahora prefieren consumir esta sustancia; tal consumo aumentó de 4% de casos, en 1986, a 39%, en 1997.* La proporción de los casos atendidos en los Centros de Integración Juvenil por utilizar esta droga aumentó de 12 a 46% de 1990 a 1997.

El sistema de vigilancia epidemiológica SISVEA reporta también un incremento en el número de usuarios que ha usado cocaína sin haber utilizado antes otra sustancia ilícita o sin haber inhalado algún disolvente volátil. En 1991, 6% de las personas que habían usado esta sustancia, había iniciado con ella su consumo de drogas, proporción que ascendió a 16% en 1997.

Los estudios llevados a cabo en población estudiantil reflejan también un incremento en el índice de menores que han experimentado con la cocaína. En la Ciudad de México éste aumentó de 0.5%, en 1976, a 4% en 1997, con dos brotes importantes en 1989 y en 1997; en este último año se encontró que el 4% había experimentado con la sustancia y el 1% la usó en el último mes (15,28,53).

A la par del aumento en el consumo de cocaína, se incrementa el uso de drogas por vía intravenosa entre la población adolescente. Entrevistas a menores de entre 12 y 15 años, conducidas en la frontera norte del país en centros de tratamiento, dan cuenta de este fenómeno (26). Así, una entrevistada se inyectó cocaína por primera vez a los 13 años, le da igual usar una jeringa prestada y reporta usarla “*las veces que aguante*”. Ante la pregunta de si sabe desinfectar la jeringa responde “*nada más le damos una enjuagada con agua y ya*”. Cuando se le pregunta si conoce los picaderos, responde: “*Sí pero nunca me inyecté ahí porque ahí es un verdadero desmadre, mujeres, niños, hombres, todos dados a la chingada*”.

En conjunto, el consumo de estas sustancias muestra variaciones importantes en las diferentes regiones del país, con proporciones más altas en las ciudades ubicadas en la región noroccidental y con índices más bajos en la región sur (véanse mapas 1 y 2).

Las estadísticas de pacientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil muestran datos similares, con tasas altas de heroína en Tijuana y Ciudad Juárez (40 y 26% de los casos detectados en los centros ubicados en estas ciudades) y con índices bajos en la Ciudad de México (1.4%) y Guadalajara (2.2%). En estas mismas

ciudades se han registrado tasas altas de consumo de cocaína (63, 74, 66 y 68%) y comparativamente más bajas en Monterrey (40%), donde la proporción de inhaladores es mayor (62%) que el observado en las otras entidades (21, 33, 42 y 34%, respectivamente).

Estos mismos sistemas de registro advirtieron nuevos fenómenos: la aparición de drogas sintéticas del tipo de las anfetaminas y el incremento del uso de psicotrópicos y drogas disponibles por nuevas vías. Por ejemplo, el abuso de refractyl ofteno por vía nasal con fines de intoxicación se registra en la ciudad de México a partir de 1995. Asimismo, se abusa de sustancias con utilidad médica como el flunitracepam, lo cual se refleja en el número de veces en que los usuarios de drogas detectados en el sistema de registro de la capital del país reportaron su uso, que aumentó de 16 menciones, en 1988, a 105, en 1994, manteniendo un alto nivel desde entonces (36).

Por otra parte, en el mercado han aparecido nuevas formas de cocaína como el *crack* –forma más adictiva y dirigida al mercado de menos recursos– y de drogas del tipo de las anfetaminas (la más común se denomina “éxtasis”). El consumo de estas sustancias empieza a documentarse en los primeros años de la década de 1990 y es más frecuente en la frontera noroccidental del país. El sistema de registro de pacientes de los Centros de Integración Juvenil señala una media nacional de 2.7% para 1995, año en que las había consumido el 42% de los pacientes atendidos en el centro ubicado en Tijuana.

PROBLEMAS ASOCIADOS

En sí, las adicciones no representan sólo un trastorno, sino que traen consigo gran cantidad de problemas médicos y comunitarios asociados, en los ámbitos individual, familiar y social. Probablemente, los que merezcan más atención sean los accidentes y las distintas formas de violencia.

Aunque la literatura asocia consistentemente el abuso de sustancias con la violencia y se reconoce que existe una relación entre ambos problemas, la naturaleza del vínculo está lejos de ser entendida. En él intervienen las características farmacológicas de las sustancias que facilitan o inhiben la conducta agresiva, las variaciones individuales y la validación o control de conductas en el medio social. La relación entre uso de sustancias y violencia se observa también en víctimas de agresiones físicas. Esta asociación puede darse en dos sentidos, por una parte, el hecho de que la persona esté intoxicada la hace más vulnerable frente a la violencia de otros, al tiempo que la violencia puede también seguir a experiencias de abuso.

* Ortiz A, Rodríguez E, Unikel C, Galván J, Soriano A, Flores J: Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias 1987-1997. Reporte Interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1998.

La conducta delictiva

Las encuestas de población adolescente señalan que el 32.2% de los estudiantes de nivel bachillerato, o equivalente, del Distrito Federal reportó haber cometido actos antisociales, desde robar pequeñas cantidades de dinero (16.2 %) hasta usar armas para asaltar (5.6 %), y solamente 8% había usado alguna vez sustancias psicoactivas (sin incluir tabaco y alcohol). Sin embargo, el riesgo de usar sustancias fue mayor entre los individuos que habían cometido actos antisociales. Esta asociación estaba mediada por el tipo de sustancia, siendo más frecuente entre los individuos que consumían drogas como los inhalables o la cocaína (23).

Los accidentes y la violencia

Desde 1986, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, (actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente), ha realizado investigaciones sobre la relación entre el consumo de alcohol y los accidentes y las distintas formas de violencia, en muestras representativas de pacientes atendidos por los servicios médicos de urgencia en el Distrito Federal, Acapulco y Pachuca (4,5,6,7).*

En Pachuca, el consumo de alcohol incrementó casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por traumatismo ($OR=6.7$); esta asociación fue mucho más elevada para la violencia ($OR=25.2$) que para los accidentes de vehículos de motor ($OR=6.4$).

Investigaciones realizadas en Acapulco sostienen también esta marcada influencia del consumo de alcohol en las diferentes formas de violencia. Así, sujetos que consumieron más de 100 ml de alcohol antes de un acto violento tuvieron 14 veces más riesgo de ingresar por lesiones derivadas de riñas u otros hechos violentos, 7 veces más riesgo de ingresar por caídas y 5 veces más por accidentes de vehículos de motor, que aquellos que no habían consumido alcohol. Las estimaciones para la asociación entre consumo de alcohol y riñas aplican en ambos sexos.

En el Distrito Federal, para los varones, el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por violencia se incrementa casi 30 veces; del mismo modo, el consumo excesivo de alcohol (más de 100 gr) aumentó casi 58 veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por un intento de suicidio.

Recientemente se ha enfatizado el hecho de que varios de los trastornos psiquiátricos no se presentan solos, sino que tienden a concurrir. Así, el riesgo de presentar un trastorno de ansiedad es mayor en un paciente que padezca, por ejemplo, un trastorno depresivo en comparación con el riesgo de presentar un trastorno de ansiedad que sufra un sujeto que no presente ningún otro trastorno psiquiátrico; esto se denomina comorbilidad. Algunos de los trastornos que se piensa que tienden a concurrir con mayor frecuencia son los trastornos derivados del uso de sustancias. Hasta hace muy poco, el problema de la comorbilidad se había tratado básicamente en muestras clínicas que son, por supuesto, muestras de sujetos con problemas más graves. En este sentido existía duda de si patrones similares de comorbilidad se podrían encontrar en la población no clínica y qué tan generalizables podrían ser los resultados.

Un trabajo reciente de investigación transcultural en que participó México ha permitido avanzar en el conocimiento del problema (32). La investigación reunió datos de 5 países, en un total de 6 investigaciones, en que se aplicaron instrumentos de detección de casos similares y diseños de investigación plenamente comparables. En general, se encontró una marcada asociación entre los trastornos del uso de sustancias y los dos trastornos psiquiátricos, con asociaciones más altas para los trastornos derivados del uso de drogas que de alcohol. Asimismo, se observó una tendencia según la cual, cuanto más se avanza en un involucramiento continuo en el uso de alcohol y drogas (uso, abuso y dependencia), aumenta la comorbilidad con los otros dos trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, en México 9.4% de las personas con abuso de alcohol presentaban también un trastorno afectivo. Este índice aumenta a 18.2% cuando se consideran los casos con dependencia; de este modo, los índices en el caso de drogas fueron de 14.8 y 34.7%, respectivamente. Por otra parte, 14.8% de las personas con abuso de drogas padecía un trastorno afectivo y 9.9%, un trastorno de ansiedad; en el caso de la dependencia, las proporciones alcanzaron 34.7 y 31.1%.

GRÁFICA 4 Violencia intrafamiliar

(Encuesta Nacional de Adicciones 1998 en una población urbana entre 18 y 65 años)

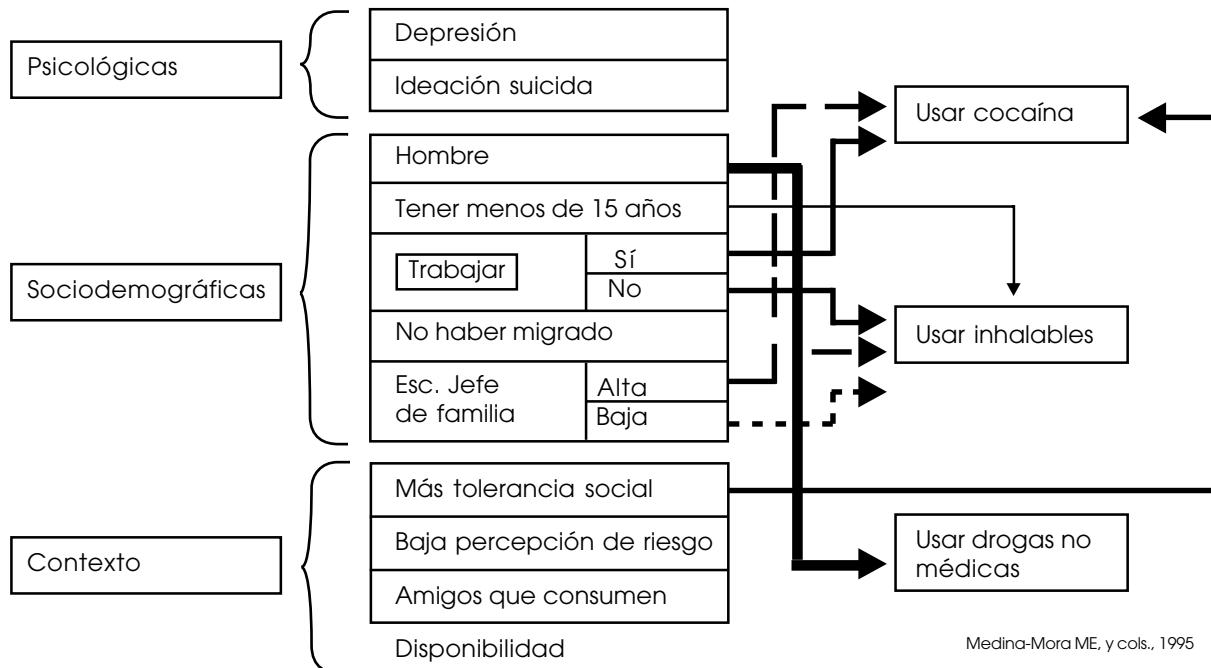
Una submuestra de 1138 mujeres contestó esta escala

76%	Tiene o ha tenido pareja
47 %	Del total de mujeres con pareja reportaron haber sido víctimas de violencia
29 %	Del total de mujeres con pareja reportaron haber sido víctimas de violencia física
66 %	De los casos de violencia, el alcohol estuvo presente

Medina-Mora y cols., (Manuscrito)

* Borges G, Cherpitel C, Medina-Mora ME, Ramos L, Mondragón L: Ingresos por Violencia a Salas de Urgencia y su Prevención. Cartel presentado en: XIV Reunión de Investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría. México, D.F. Octubre 6-8, 1999.

GRÁFICA 5



Medina-Mora ME, y cols., 1995

Violencia intrafamiliar

La violencia doméstica puede entenderse como una cadena de interacciones entre el agresor y la víctima, que se inicia cuando dos personas se encuentran y termina cuando una de ellas lastima e incluso destruye a la otra. A pesar de que el alcohol interviene con frecuencia, no es un factor determinante ni exclusivo para desencadenar la violencia.

Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones señalan que 29% de las mujeres que habitan en zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja han sufrido alguna forma de violencia física por parte de su pareja; en 60% de estos casos de violencia, el alcohol fue uno de los detonantes (gráfica 4).^{*} En una encuesta de hogares llevada a cabo en Pachuca, Hidalgo,^{**} en que se tomó como denominador a la población total, se detectaron incidencias de violencia intrafamiliar de 36% para la violencia verbal, de 2% para los golpes con mano, y de 0.6% para los golpes con objetos. Asimismo, 1% de la población femenina reportó haber sido forzada por parte de su pareja a tener sexo; lo anterior señala que el índice disminuyó conforme aumentó la gravedad de la violencia. Sin embargo, si

se analiza la participación del alcohol en estos actos violentos, se observa el fenómeno opuesto: cuanto mayor fue la intensidad de la violencia, mayor resultó la participación del alcohol, con índices que oscilaron entre 8%, en el caso de la violencia verbal, 23 y 26%, cuando la violencia incluyó golpes, y 52%, cuando se forzó el acto sexual.

El abuso sexual y la conducta suicida en adolescentes

Datos de la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior señalaron que 25% de los sobrevivientes de abuso sexual usaba drogas, en comparación con solamente 8% de los que no habían sufrido semejante experiencia (37).

Por otro lado, el suicidio adolescente es un problema que va en aumento en nuestro país. En 1970, la tasa de mortalidad por suicidio para el grupo de 15-24 años fue de 1.9% por 100 000 habitantes, y en 1997 ascendió a 5.9%: un aumento de 21.2%. Existe la hipótesis de que el abuso de sustancias puede constituir uno de los detonadores de esta conducta, mediando entre la ideación suicida, fenómeno relativamente normal en esta etapa, y la realización del daño con el propósito de quitarse la vida. De los adolescentes urbanos de entre 12 y 17 años, entrevistados como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en 1998, 1.34% reportó haber intentado suicidarse. Este índice era 2 veces mayor entre quienes bebían alcohol, 5 veces más elevado entre quienes usaban drogas y tenía una

* Medina-Mora ME, Cravioto P, Tapia-Conyer R: Violencia Intrafamiliar y Adicciones. Resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Adicciones (*Manuscrito*).

** Natera G, López JL: Agencias del Ministerio Público: *Violencia y consumo de alcohol en Pachuca, Hgo.* Instituto Mexicano de Psiquiatría. Informe Preliminar. Reporte Interno. México 1997.

incidencia 5 veces mayor entre quienes reportaron tener problemas con alcohol o drogas (42).

Los determinantes

A partir de la década de 1980, diferentes investigadores –en un esfuerzo por explicar por qué, a pesar de que las drogas están al alcance de una considerable proporción de individuos, no todos las usan– han estudiado los factores que incrementan la vulnerabilidad y los que actúan como protección frente al riesgo (29,53).

En esta clase de estudios, una primera pregunta se refiere a los factores que determinan la elección del tipo de droga. Al respecto, y según la encuesta nacional de estudiantes realizada en 1991, Medina-Mora y cols. utilizaron técnicas de regresión logística y compararon los casos de estudiantes que incluían cada una de las drogas evaluadas con aquellos que usaban otras drogas. De este modo se documentó que: ser varón aumentaba la probabilidad de usar drogas no médicas, mientras que en la mujer era más probable la utilización de esta clase de drogas; tener menos de 15 años y no trabajar, o ser hijo de un jefe de familia con baja escolaridad, predecía el uso de inhalables, mientras que lo opuesto aumentaba el riesgo de usar cocaína (29) (gráfica 5).

Género

El consumo de tabaco sigue presentándose con más frecuencia entre los varones. En la última encuesta nacional de población urbana, 43% de la población masculina reportó ser fumadora, en comparación con solamente 16% de las mujeres (42). Sin embargo, al considerar exclusivamente a los fumadores, no se observan diferencias en la proporción de personas dependientes en ambos sexos. De este modo, si se toma como indicador el tiempo que pasa entre el momento en que la persona despierta y prende su primer cigarrillo (55), aparecen indicadores de dependencia en 9% de la población masculina y 10% de la femenina, quienes fuman en el transcurso de los primeros 30 minutos después de despertar. Entre los adolescentes (12 a 17 años), el indicador señala las mismas proporciones para ambos性es y alcanza a 1.5% de la población de fumadores (42).

Asimismo, en la población adolescente se observa un incremento importante de la población de consumidores: de 46.5%, en 1991, a 55.4%, en 1997. Sin embargo, este crecimiento es mayor en la población femenina, entre quienes el índice de fumadores aumentó de 39.8%, en 1991, a 52.3% ,en 1997, en tanto que entre los varones los índices fueron de 53 a 58.7% (2).

A pesar de que un índice menor de mujeres bebe alcohol, cuando lo hacen tienden a concentrarse en niveles más elevados de consumo. Al dividir por deciles el volumen total de alcohol que consumen varones y mujeres, y determinar la proporción de bebedores de cada sexo que se ubica en cada decil de acuerdo con la cantidad que consume, encontramos que mientras solamente 52% de los hombres bebedores se ubica en el nivel más alto, en las mujeres alcanza 73%. Esto quiere decir que, si bien éstas beben menos, cuando rebasan la barrera sociocultural que las protege, tienden a consumir mayores dosis.*

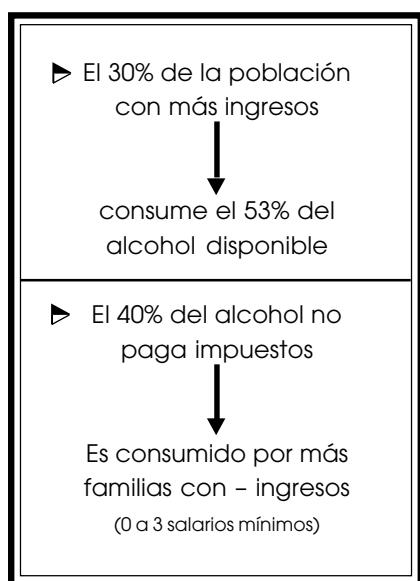
El problema del abuso de drogas muestra un fenómeno similar al observado en el caso del tabaco. Así, por ejemplo, en el estudio realizado en espacios públicos de cien ciudades con menores trabajadores, de entre 6 y 17 años (39), se encontró un índice de uso de drogas, sin incluir tabaco ni alcohol, de 7% entre los varones y de 2% entre las mujeres. Sin embargo, al considerar solamente a la población de usuarios, se encontró el mismo índice de uso diario (22% de los usuarios) (30).

Las mujeres se incorporan a la población usuaria ante el incremento de problemas derivados de su condición reproductiva. El testimonio de una adolescente que vive en la calle refleja esta problemática: “*Pues porque yo pienso que ya se acostumbraron, ¿no? O sea de que están drogándose, ¿no...? Pues porque ya te drogaste varios años y, de todos modos, aunque estés embarazada... porque estamos dentro del grupo, de la banda, es lógico que te vas a seguir drogando, ¿no? Porque ves a los demás y se te antoja, ¿no?*” (51).

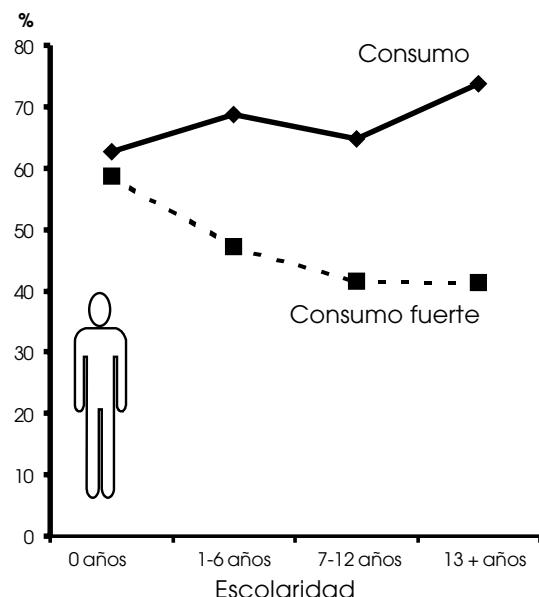
Vega y Gutiérrez (51) caracterizan de la siguiente manera la experiencia en la calle de estas niñas y adolescentes: maltrato y abuso sexual en su familia y en las calles, sin control por parte de ellas y un patrón de consumo diferente al del varón en las mismas circunstancias, ellas inhalan con más frecuencia solas o establecen una pareja para evitar ser usadas sexualmente. A pesar del riesgo que representan para su salud reproductiva estas circunstancias, carecen de información sobre cómo prevenir o prevenir o manejar los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual frecuentes en ellas, y tampoco saben de programas de atención para menores embarazadas o madres.

* Medina-Mora ME, Villatoro J, Cravioto P: Alcohol use, problems and trends in Mexico 1989-1998. Data from national household surveys. Trabajo presentado en: 25th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Brunn Society for the Social and Epidemiological Research on Alcohol and the International Council on Alcohol and Addictions. Montreal, Canadá, 31 mayo-4 junio, 1999.

GRÁFICA 6
Consumo de alcohol y poder adquisitivo



Consultores Internacionales, 1999



Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico ha sido otro importante determinante del uso de drogas, pues el índice de consumo se asocia con el poder adquisitivo. Así, el consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes se correlaciona positivamente con la escolaridad del jefe de familia (44). El 53% de la producción de alcohol es consumido por 30% de la población con más ingresos (13). En el mismo sentido, los estudiantes que trabajan consumen cocaína, en tanto que los que no lo hacen prefieren los inhalables (29).

Sin embargo, ahora la cocaína está llegando también a las clases pobres. Ortiz y Galván (35), como parte de un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud, han caracterizado el problema entre las personas con y sin recursos económicos, documentando cómo son más importantes las consecuencias entre los segundos, factor que se ilustra en el siguiente extracto de una de las entrevistas realizadas en este estudio:

“Yo creo que depende del nivel socioeconómico que uno tenga, yo nunca he tenido problemas para conseguirla... estoy hablando de gastarse \$2,000 a la semana en comida y polvo, claro que hay productos semejantes a la coca que ya son a base de mucha química y que cuestan mucho menos y quizás sea esa la que consuman los que no tienen dinero o la consumen a cambio de distribuirla.”

Las encuestas de hogares también muestran que, si bien los índices de consumo aumentan con la escolaridad de los usuarios, el índice de consumo fuerte

y de problemas es mayor entre quienes poseen niveles más bajos de escolaridad. Así, puede decirse que los pobres experimentan más problemas y, a otros derivados de su condición, se suman aquellos asociados con el abuso de sustancias, pues disponen de menos recursos para atenderlos (gráfica 6).

Dos transiciones sociales relacionadas son la migración internacional, que se asocia con un incremento en el consumo y que incluye la presencia de cocaína en regiones rurales con alto nivel de migración internacional, y cambios en la composición religiosa, derivados de un incremento relativo de la proporción de personas que profesan religiones protestantes y que se asocia con una disminución de los índices de consumo de alcohol.* En los primeros años del tercer milenio podrá apreciarse el impacto de estas transiciones en las prácticas de consumo de sustancias en nuestro país.

Disponibilidad y normalización del uso

Uno de los factores que más consistentemente se ha asociado con el consumo de drogas es la disponibilidad, ya que cada vez más jóvenes experimentan con drogas al tenerlas al alcance en su medio. En la reciente encuesta

* Salgado de Snyder V, Pérez MJ: La prevalencia de algún trastorno mental, su interpretación sociocultural y la utilización de servicios en salud mental en la población rural: El impacto de la migración México-Estados Unidos. Reporte Interno de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999.

nacional se encontró que 35% de los adolescentes urbanos de entre 12 y 17 años, les era fácil obtener drogas, de hecho, a 21% de los varones y 10% de las mujeres les habían ofrecido drogas.

Un factor que merece especial atención es que a 64% de los menores que habían usado drogas, éstas se las había proporcionado por primera vez un amigo, y sólo a 4%, un vendedor. Así, el principal vector para la experimentación lo constituyen los mismos adolescentes, lo que representa un reto en la instrumentación de la política de control de la oferta.

La disponibilidad no se limita al acceso físico a la sustancia, sino también a las normas sociales y a la proporción de personas que la consumen en el entorno inmediato del menor; 11% de la muestra total reportó que había usado drogas y consideraba que solamente 62% de los jóvenes veían mal el uso de drogas en contraposición con 99% de los padres.

Análisis predictivos obtenidos a partir de regresiones logísticas señalan que el riesgo de experimentar con drogas se incrementa 1.89 veces cuando es fácil conseguir drogas, 1.69 veces cuando el mejor amigo no desaprueba el consumo, 2.69 veces cuando los amigos las usan y 3.78 veces cuando un familiar las usa.

De este modo, al inicio del milenio las drogas llegan a los adolescentes sin aparentes riesgos en la esfera emocional o social. Este hecho queda ilustrado por el siguiente caso: Juan siempre ha sido buen estudiante, con buenas calificaciones, nunca ha sido suspendido. Vive con su madre, su abuela y dos tíos con hijos pequeños; su padre murió cuando tenía dos años: *"Ese día salimos temprano de la escuela y ese Rodrigo traía tiner y eso, y nos dijo que si queríamos y nos dio y así empezamos... Nada más me estaba diciendo que si quería, le dije como tres veces que no, y me dijo eres reputo, eres reputo y por eso lo hice [...] llegó a mi casa y ahí sentado me dan ganas de hacerle al tiner y me salgo"* (24).

Otros factores de riesgo asociados con la experimentación y el uso continuo provienen de la esfera interpersonal y cognitiva. Así, la probabilidad de uso se incrementa cuando los menores no perciben riesgo asociado con la experimentación o el abuso y cuando presentan síntomas de depresión o ideación suicida (29).

La educación y la familia

Las grandes organizaciones sociales, la familia y la escuela, siguen ejerciendo una influencia considerable en las prácticas de consumo. Resultados de diferentes estudios han demostrado que el asistir a la escuela es en sí un factor protector del consumo de drogas como lo es el desempeño en la escuela. Datos de la encuesta nacional de adolescentes documentaron que mientras

que 5.7% de los menores que no asistían a la escuela habían consumido una o más drogas, esto ocurría solamente en 2.1% de quienes que asistían a ella. De manera similar, 84% de los varones y 69% de las mujeres que habían usado drogas tenían un mal desempeño escolar. Sin embargo, la asistencia a la escuela es sólo un factor protector para los varones, pues 2.9% de los que asisten y 11.4% de los que no lo hacen reportaron haber probado drogas, en comparación con 1.3 y .8% de las mujeres, respectivamente (42).

La composición familiar se ha asociado también con el consumo de drogas. En un estudio efectuado por el DIF y la UNICEF en 100 ciudades (39) se determinó que el índice de uso era menor entre los niños, las niñas y los adolescentes trabajadores que vivían en familias intactas (3.4% habían usado drogas), y que se incrementaba cuando se trataba de familias uniparentales (7.1%), cuando la familia había sido reconstruida (15.6%), cuando el menor había formado su propia familia en la calle (28%) y alcanzaba su máxima expresión en el caso de los menores que no vivían en familia (46%) (30).

Este estudio demostró también que la familia y la asistencia a la escuela eran los dos protectores más importantes para los menores cuyas condiciones los obligaban a trabajar en las calles. A pesar de esta condición, cuando las familias eran capaces de mantener a los menores en la escuela, era menos probable que éstos trabajaran en lugares o profesiones de mucho riesgo, que usaran drogas, que tuvieran relaciones sexuales tempranas o que se metieran en problemas con la policía. Se encontró, además, que la familia tenía un peso relativamente mayor en el caso de la mujer, y la asistencia a la escuela en el de varón (30).

Otros estudios han mostrado claramente cómo la supervisión paterna y las normas familiares protegen al menor del abuso del alcohol. Así, era menos probable que el adolescente abusara de alcohol (tomara 5 copas o más por ocasión de consumo al menos una vez por mes) si vivía en un ambiente menos húmedo (6.9% de los no bebedores y 18.5% de los bebedores fuertes consideraba que su padre bebía mucho); si consideraba que sus padres se darían cuenta si tomara alcohol (87% de los no bebedores, en comparación con 65% en bebedores fuertes), o si los padres los involucraban en los rituales de la compra de alcohol o de la atención a las visitas (21.7 y 62.7%) (38).

Conclusión: hacia dónde dirigirnos

Al inicio del nuevo milenio, en el contexto de las grandes transiciones demográficas y sociales, las adicciones presentan nuevos retos. Los jóvenes, población más vulnerable al abuso de drogas, seguirá aumentando en

números absolutos: habrá más personas de la tercera edad con nuevos problemas; los ricos tendrán más recursos para consumir drogas y los pobres tendrán más problemas pues consumirán drogas de menor calidad, y a los problemas inherentes a la pobreza se sumarán aquellos derivados del abuso de sustancias con menores recursos para atenderlos.

Al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre varones de edad media, se han sumado las mujeres, así como la población adolescente que copia los modelos adultos asociados con frecuencia con el consumo y la embriaguez. A pesar del cambio de la percepción social del tabaco como producto adictivo y dañino para la salud, los adolescentes, principalmente mujeres, lo consumen cada vez más. Asimismo, al tradicional problema del uso de inhalables entre los menores y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se agrega un consumo cada vez mayor de cocaína, que ha llegado incluso a los niños y a los sectores pobres de la población; en los adultos el uso de ésta se incrementa por vía intravenosa. Por último, en algunas regiones de la frontera norte se ha detectado un brote epidémico de heroína y han aparecido nuevas drogas como las meta-anfetaminas.

A la luz de todo ello, la investigación reciente sobre las adicciones en el país plantea algunos retos importantes para el nuevo milenio. Estos se pueden dividir en los siguientes grupos:

Retos derivados del cambiante panorama del perfil epidemiológico de las adicciones en nuestro país. Así, aun cuando hemos observado una disminución en la edad de inicio en el uso de drogas, al mismo tiempo la población vive más ahora y también ha aumentado el consumo en el grupo de ancianos. Aunque los hombres siguen usando más drogas y enfermando y muriendo más a causa de ello, las mujeres han empezado a acortar las distancias y ante ello es necesaria una perspectiva de género.

Retos derivados del avance metodológico de las investigaciones epidemiológicas en nuestro país. En este contexto, las investigaciones son más grandes, la logística es más compleja y los costos resultan más elevados. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Estudiantes de 1976 abarcó una muestra de 9 900 estudiantes, en 1976, y la muestra fue de 61 779 sujetos en 1991. Aun así, son claras las limitaciones de la información cuantitativa como notoria es la exigencia de aportar análisis cualitativos en las investigaciones más recientes. Asimismo, ha habido cambios y una gran ampliación en los diseños epidemiológicos de investigación, que se han hecho más complejos y al mismo tiempo más restringidos en su interpretación (por ejemplo, epidemiología genética, *case-crossover*, modelos

jerárquicos, etc.). Al mismo tiempo, ha disminuido la distancia entre investigación y toma de decisiones, por lo que se necesita información breve y accesible.

Retos derivados del avance en el conocimiento de las adicciones en México y en el mundo. Seguimos interesados en el análisis de asociaciones conocidas, en búsqueda de los mecanismos de la cadena causal (ej. alcohol—VHC---cirrosis, o por ejemplo la relación entre alcohol----expectativas culturales---violencia). Junto a los anteriores temas de investigación, han surgido nuevos que compiten por nuestra atención (como las relaciones entre drogas y VIH, y tabaquismo pasivo y cáncer). Asimismo, la investigación transcultural es más frecuente, lo que ha redundado en la construcción de instrumentos altamente estandarizados (CIDI para WMH-2000). Pese a todo, el concepto de dependencia sigue teniendo una profunda base cultural (p. ej. beber y manejar un coche, perder el control), por lo que hay que abrir espacios a una aproximación culturalista (manifestaciones específicas) del concepto de dependencia.

A lo largo de esta revisión, queda claro que el campo de la epidemiología de las adicciones es muy dinámico, con muchas y muy variadas oportunidades de investigación. Ante ello, estamos produciendo cada vez más reportes de investigación y estamos mejor preparados para enfrentar los retos de la epidemiología moderna en esta área.

REFERENCIAS

1. BARRAGAN J: Illegal Crops and Income Distribution in Colombia. Investigación en Proceso. En: *Salud y Educación como Estrategias para el Control de Drogas Ilegales. Drugs and Human Society in The Americans*. Reunión de Grupo de Expertos, 28-30 de marzo, San José, Costa Rica, 1999.
2. BERENZON S, VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, FLEIZ C, ALCANTAR E, NAVARRO C: El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22: 22-25, 1999.
3. BOLVITNIK J, HERNANDEZ E: *Pobreza y Distribución del Ingreso en México*. Ed. Siglo Veintiuno. México, 1999.
4. BORGES G, GARCIA G, GIL A, VANDALE S: Casualties in Acapulco: Results of a study on alcohol use and emergency room care. *Drug Alcohol Depen*, 36:1-7, 1994.
5. BORGES G, ROSOVSKY H: Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *J Stud Alcohol*, 57: 543-548, 1996.
6. BORGES G, CHERPITEL C, ROSOVSKY H: Male drinking and violence-related injury in the emergency room. *Addiction*, 93: 103-112, 1998.
7. BORGES G, CHERPITEL C, MEDINA-MORA ME, MONDRAGON L, CASAVUEVAS L: Alcohol consumption in ER patients and the general population. *Alcohol Clin Exp Res*, 22:1986-1991, 1998.
8. CAETANO R, MEDINA-MORA ME: Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *J Stud Alcohol*, 49:462-471, 1988.

9. CASTRO ME, ROJAS E, GARCIA G, DE LA SERNA J: Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9:80-85, 1986.
10. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: *El Consumo de Drogas Ilícitas en México. Población General, Estudiantes, Menores Trabajadores, Pacientes Usuarios de Drogas*. México, 1999.
11. CONAPO: *La Situación Demográfica en México*. Consejo Nacional de Población. México, 1998.
12. CONAPO: *La Situación Demográfica en México*. Consejo Nacional de Población. México, 1999.
13. CONSULTORES INTERNACIONALES: *El Beneficio Económico. Beber de Tierra Generosa. Libro 2 Ciencia de las Bebidas Alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales AC. Medina-Mora ME, Echeverría L (eds), 234-249, México, 1999.
14. CHERPITEL C, PARES A, RODES J, ROSOVSKY H: Drinking in the injury event: A comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. *Int J Addict*, 28: 931-943, 1993.
15. DE LA SERNA J, ROJAS E, ESTRADA MA, MEDINA-MORA ME: Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989. *Analys. Reseña de la VI Reunión de Investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 183-187. México, 1991.
16. DE LA GARZA F, MENDIOLA I, RABAGO S: Estudio biomédico de treinta pacientes inhaladores adultos en el penal del Estado de Nuevo León. En: *Disolventes Inhalables*. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, 107-118, México, 1988.
17. DIAZ JL: Etnopharmacology of sacred psychoactive plants used by the indians of Mexico. *Pharmacol Toxicol*, 17:647-675, 1977.
18. EDWARDS G, ANDERSON P, BABOR TF, CASSWELL S y cols.: *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, Oxford, 1994.
19. FLEIZ C, VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, ALCANTAR E, NAVARRO C, BLANCO J: Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22:14-19, 1999.
20. FRENI J, LOZANO R, GONZALEZ MA: *Economía y Salud Propuesta para el Avance del Sistema de Salud en México*. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1999.
21. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI): *Censo General de Población y Vivienda*. México, 1990.
22. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI): *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos*. México, 1994.
23. JUAREZ F, MEDINA-MORA ME, BERENZON SH, VILLATORO J, CARREÑO S, LOPEZ E, GALVAN J, ROJAS E: Antisocial behavior: Its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among Mexican students. *Subst Use Misuse*, 33:1441-1463, 1998.
24. LARA MA, MEDINA-MORA ME, ROMERO M, DOMINGUEZ M: Un estudio cualitativo sobre el consumo de disolventes inhalables en estudiantes. *Psiquiatría Pública*, 10:399-407, 1998.
25. LOPEZ M: Género y familia. En: *La Familia Mexicana en el Tercer Milenio*. DIF, 28-40, México, 1997.
26. MAGIS C, ORTIZ R, RUIZ A, URIBE P: Niñas que viven en la calle y consumo de droga en un estado de la frontera norte de México. En: *Nuestro Futuro Depende de su Presente. La Niñez ante los Riesgos de las Adicciones*. UNICEF, DIF, PNUFID, 51-59. México, 1999.
27. MEDINA-MORA ME y cols.: Patterns of alcohol use in Mexican urban population: Results from a national survey. *Seventeenth Annual Alcohol Epidemiology Symposium*. Sigtuna, Suecia, 1991.
28. MEDINA ME, ROJAS E, JUAREZ F, BERENZON S, CARREÑO S, GALVAN J, VILLATORO J, LOPEZ E, OLMEDO R, ORTIZ E, ÑEQUIZ G: Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16: 2-8, 1993.
29. MEDINA-MORA ME y cols.: Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gac Med Mex*, 131: 383-387, 1995.
30. MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, FLEIZ C: Uso indebido de sustancias. En: *Estudio de Niños, Niñas y Adolescentes entre 6 y 17 Años. Trabajadores en 100 Ciudades*. UNICEF, DIF, PNUFID, 39 págs. México, 1999.
31. MURRAY C, LOPEZ A: *The Global Burden of Disease. Summary*. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. Harvard University Press. Boston, 1996.
32. MERIKANGAS KR, MEHTA RL, MOLNAR BE, WALTERS EE, SWENSEN JD, AGUILAR-GAXIOLA SA, BIJL R, BORGES G, CARAVEO-ANDUAGA JJ, DEWIT DJ, KOLODY B, VEGA WA, WITTCHEN H, KESSLER RC: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav*, 23:893-907, 1998.
33. NATERA G: El consumo de alcohol en zonas rurales. *Revista Estudios Juventud*, 2: 39-48, 1977.
34. NATERA G, MORA J, TIBURCIO M: Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental* (número especial): 114-120, 1999.
35. ORTIZ A, GALVAN J: Aspectos cualitativos sobre el consumo de cocaína. En: *Las Adicciones. Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, 106-111. México, 1993.
36. ORTIZ A, RODRIGUEZ EM, GONZALEZ L, UNIKEL C, GALVAN J, SORIANO A: Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la aplicación de la cédula: *Informe Individual sobre Consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana, 1997* (Reporte No. 22 y 23), 98 (Reporte No. 24 y 25), 99 (Reporte No. 26 y 27). Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1999.
37. RAMOS L, SALDIVAR G, MEDINA-MORA ME, ROJAS E, VILLATORO J: Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex*, 40:221-233, 1998.
38. ROJAS E, FLEIZ C, MEDINA-MORA ME, MORON MA, DOMENECH M: Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública Mex*, 41: 297-308, 1999.
39. ROBLES F, RODRIGUEZ E, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, RUIZ M, FLEIZ C: *Resultados Definitivos: Informe Ejecutivo*. DIF, UNICEF, PNUFID. México, 1999.
40. SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1989.
41. SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1993.
42. SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA,

- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1998.
43. SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA INFORMATICA: *Tabulación sobre Defunciones, 1970 y 1998*. México.
 44. SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA: *Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar*. México, 1991.
 45. SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES, SECRETARIA DE GOBERNACION, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, COMISION PARA LA REFORMA DE LA INMIGRACION (ESTADOS UNIDOS): Informe Binacional México-Estados Unidos sobre Migración, México, 1997. En: *México Social*. Banamex Accival, División de Estudios Económicos y Sociales. México, 1998.
 46. SCHTEINGART M, SOLIS M: *Vivienda y Familia en México: Un Enfoque Socio-Espacial*. INEGI, UNAM, COLMEX. México, 1994.
 47. SOBERON A: Elíxir milenario: el pulque: the handbook. Beber de Tierra Generosa. Libro 1. *Historia de las Bebidas Alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Medina-Mora ME, Echeverría L (eds), 26-49, México, 1998.
 48. SUAREZ J: *La Penitenciaría del Estado de Baja California, México: ¿Una Comunidad Cerrada?* Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil. México, 1989.
 49. SUAREZ J: *Farmacodependencia a Heroína. Estudio en una Comunidad Cerrada: La Penitenciaría del Estado de Baja California, México: ¿Una Comunidad Cerrada?* Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil. México, 1989.
 50. UNICEF- DIF- PNUFID: *Nuestro Futuro Depende de su Presente: La Niñez Mexicana ante los Riesgos de las Acciones*. Ciudad de México, México, 1999.
 51. VEGA L, GUTIERREZ R: La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como “de la calle”. *Salud Mental*, 21:1-9, 1998.
 52. VEGA W, KOLODY B, AGUILAR-GAXIOLA S, ALDERETE E, CATALANO R, CARAVEO J: Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 771-778, 1998.
 53. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, BERENZON S, JUAREZ F, ROJAS E, CARREÑO S: Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction*, 93: 1577-1588, 1998.
 54. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, CARDIEL H, FLEIZ C, ALCANTAR E, HERNANDEZ S, PARRA J, ÑEQUIZ G: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997. *Salud Mental*, 22: 18-30, 1999.
 55. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, Tobacco of Health*. Programme, Ginebra, 1998.

**RESPUESTAS DE LA SECCIÓN
AVANCES EN LA PSIQUIATRÍA
Autoevaluación**

1. D
2. D
3. D
4. C
5. C
6. C
7. B
8. B
9. C
10. C
11. B
12. E