

Uso y abuso de alcohol en México:

Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002

Ma. Elena Medina-Mora¹,
Jorge Villatoro² Patricia Cravioto³,
Clara Fleiz², Fernando Galván⁴,
Estela Rojas², José Castrejón⁵
Pablo Kuri⁶,

INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ,
DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA,
CONSEJO NACIONAL
CONTRA LAS ADICCIONES,
SECRETARÍA DE SALUD

Introducción

En México y en general en la región de América Latina, el abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud en su reporte mundial de salud 2002 analizó los efectos de 26 factores de riesgo sobre la morbi-mortalidad de la población, agrupados como, efectos por desnutrición materna e infantil, inactividad física y pobre nutrición, riesgos asociados con la actividad sexual y la reproducción, con el abuso de sustancias (alcohol, drogas y tabaco), con riesgos ambientales, ocupacionales y con otros factores como prácticas de inyección poco saludables o el abuso sexual durante la infancia.

El informe reporta el impacto de estos factores sobre la mortalidad prematura y los días vividos con discapacidad, conocidos como DALY's por sus siglas en inglés, para la población total y para tres tipos de países, los de economía de mercado o desarrollados, los países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad entre los que se encuentra México y aquellos países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad como la mayoría de los países de África. Para analizar la carga de enfermedad atribuible al alcohol se sustrajeron los efectos benéficos derivados de su consumo moderado.

El estudio mostró que para el conjunto de países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, entre los factores incluidos en el análisis, *el alcohol aparece en primer lugar*, es responsable del 6.2% de los DALY's totales, en tanto que *el tabaco aparece en tercer lugar* con 4.0% de los DALY's después de la hipertensión arterial. El consumo de drogas ilegales no aparece entre los 10 principales factores de riesgo para enfermar. En los países desarrollados, el consumo de alcohol aparece en tercer lugar (responsable del 9.2% de los DALY's), en tanto que el tabaco es el factor que ocupa el primer lugar (12.2%) y las drogas ilegales el octavo lugar con un 1.8% de la carga de enfermedad (1).

Frenk y cols., (1999) en un análisis similar estimaron que en México, el abuso de alcohol representaba el 9% del peso total de la carga de enfermedad⁷ por su impacto en la cirrosis hepática, (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%) la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%). Paradójicamente también se trata de uno de los problemas de salud pública con elevado índice de recuperación de la inversión en programas orientados a reducir el impacto (2).

¹ Directora de Investigación Epidemiológica y Psicosocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

² Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

³ Directora de Investigación Operativa Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

⁴ Subdirector de Diagnóstico y Análisis Epidemiológico. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud

⁵ Director de vinculación sectorial

⁶ Director General de Epidemiología, Secretaría de Salud

⁷ Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes o violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISAs. (Frenk y cols., 1994)

Los resultados de las encuestas realizadas en México indican además que el abuso de alcohol ocupa el primer lugar, el tabaco el segundo y el abuso de drogas ilegales el tercero en cuanto a la extensión de su abuso y consecuencias (3,4,5).

En 2002, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) junto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) acordaron realizar la *Cuarta Encuesta Nacional sobre Adicciones*. El CONADIC invitó al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y a la Dirección General de Epidemiología a colaborar en el levantamiento de la encuesta que en esta ocasión, por primera vez, incluiría a la población rural, definida como la que habita en localidades de menos de 2,500 habitantes. Como en otras ocasiones el rango de edad considerado fue de 12 a 65 años. La definición y selección de la muestra, el diseño operativo y el levantamiento de datos estuvieron a cargo del INEGI.

Método

Diseño de la muestra.

El diseño de la muestra es probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección fue un residente de las viviendas seleccionadas, que contara con 12 a 65 años cumplidos al momento de la entrevista.

Levantamiento.

El levantamiento de la ENA-2002 se realizó durante los meses de febrero a mayo de ese año, con una infraestructura de personal específicamente capacitado para el levantamiento de esta encuesta. La ENA se aplicó utilizando una tarjeta de registro de hogares, e inmediatamente después del llenado de ésta, se seleccionaba una persona específica cuya edad estuviera entre 12 y 65 años, para que en forma privada respondiera las preguntas contenidas en el cuestionario básico correspondiente.

Como se mencionó, el material utilizado consistió en una tarjeta de registro de hogares (T.R.H.), comúnmente aplicada en las encuestas de ese tipo realizadas por el INEGI, así como un cuestionario específico sobre el tema, en el cual se recogieron las respuestas de la población de 12 a 65 años seleccionados en los hogares que se visitaron. La riqueza de la ENA, consiste no solamente en las cifras y prevalencias que se pueden obtener de las preguntas del cuestionario utilizado, sino que éstas pueden delimitarse de acuerdo con las características de la población entrevistada, tales como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, etc., particularidades que son captadas mediante la aplicación de la T.R.H. y que permiten vincular algunas variables importantes con los comportamientos referidos por las personas entrevistadas.

Periodo de referencia

La tarjeta de registro de hogares capta los datos requeridos en ella con una temporalidad específica; así las características de la vivienda y la zona donde está ubicada, se obtienen al momento de la entrevista, lo mismo ocurre con los servicios de la vivienda y la tipología del hogar que la habita; los datos sociodemográficos también se establecen tomando como referencia el día de la entrevista. Con la finalidad de determinar claramente la caracterización laboral de las personas que son residentes habituales de la vivienda, ésta se pregunta utilizando como referencia la semana anterior a la entrevista.

Respecto al cuestionario, con algunas excepciones, la mayor parte de las preguntas se plantean en forma intemporal, inquiriendo inicialmente sobre el consumo de determinadas sustancias, sin importar la temporalidad del hecho. Sin embargo, buscando establecer patrones de consumo consuetudinario o habitual, para cada una de las sustancias de interés, se pregunta sobre la edad en la que se utilizó por primera vez, cuántas veces se ha empleado, la última vez que se usó y cuántos días se consumió en el mes anterior a la entrevista.

Operativo de campo

Previo a éste, se llevó a cabo la capacitación del personal que participaría en el levantamiento, para lo cual se concentró el personal en la ciudad de Aguascalientes, donde un equipo especializado de instructores, impartió lo correspondiente tanto a la TRH, como al cuestionario básico propiamente dicho. En ese evento se enfatizó sobre todo en la caracterización de las diferentes sustancias y sus usos, con la finalidad de familiarizar a los capacitandos con los diversos tipos de drogas y las formas habituales de consumo, las unidades de medida a utilizar para determinar los consumos de alcohol, así como prevenirlos sobre algunas situaciones que comúnmente se pueden presentar cuando se tocan los temas relativos al consumo de drogas, tales como suspicacia, búsqueda de consejo, desahogos emocionales, etc.

El operativo de campo propiamente dicho, comprendió las siguientes etapas:

- a) Levantamiento de entrevistas.
 - b) Supervisión del trabajo de campo: se basó en 3 actividades:
 - b.1) Observación: Consistió en la observación directa de la aplicación de un número determinado de entrevistas, acompañando a los entrevistadores en algunas viviendas seleccionadas, con el fin de detectar eventuales errores en el transcurso de la recolección de la información.
 - b.2) Verificación de visita: Se seleccionó una entrevista completa por cada listado de viviendas, acudiendo a ella para verificar que se había visitado y que la persona seleccionada hubiera respondido directamente el cuestionario.
 - b.3) Supervisión de la no entrevista: En las viviendas que por cualquier causa no se pudo lograr la entrevista, se acudió a corroborar o rectificar la causa de esa situación, recuperando si era el caso, la información en las viviendas habitadas.
 - c) Crítica y codificación de la información, así como control de calidad de la totalidad del proceso.
- Los resultados definitivos obtenidos en el levantamiento se resumen en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	ABSOLUTO	RELATIVO
Viviendas seleccionadas	14 043	100.0%
Viviendas entrevistadas	11 252	80.1%
Viviendas no entrevistadas	2 791	19.9%
Tipo "A" (Viviendas ocupadas)	298	2.1%
Tipo "B" (Viviendas desocupadas)	1 588	11.3%
Tipo "C" (Viviendas no localizadas)	201	1.5%
Tipo "D" (Seleccionado sin información)	704	5.0%

Cabe señalar que en 536 viviendas que representan el 3.8% de las seleccionadas, se aplicó únicamente la tarjeta de registro de hogares, ya que carecían de residentes habituales dentro del rango de edad requerido por la encuesta. La población de las viviendas referidas, forma parte de la población total obtenida por la expansión de la muestra de la ENA-2002, no así en lo que respecta al cuestionario básico utilizado, debido a que no hubo respuesta en éste.

Instrumentos de captación

Como se ha mencionado con anterioridad, para captar la información de la Encuesta Nacional de Adicciones, se utilizaron la Tarjeta de Registro de Hogares y el Cuestionario Básico.

A continuación se especifica el objetivo de cada uno de estos instrumentos de captación:

a) Tarjeta de Registro de Hogares (TRH)

La TRH es un formato en el que se registran los datos básicos de cada unidad en muestra, que es útil para recolectar las características de la vivienda y la zona en que está ubicada, así como los datos sociodemográficos del hogar albergado en ella. Adicionalmente, permite identificar a la persona seleccionada que responderá el cuestionario de adicciones y determinar el tipo de no entrevista observado para su posterior supervisión. Las preguntas de esta tarjeta en particular,

podían ser respondidas por cualquier residente de la vivienda, que contara con 15 años o más y que conociera los datos que se solicitarían; no así el cuestionario básico, el cual debía ser respondido específicamente por la persona que hubiera resultado seleccionada, de acuerdo al método que se describirá más adelante. Fue aplicada en todos los hogares entrevistados y permitió:

- Obtener información sobre las características generales de la vivienda como tipo, condición de propiedad de la misma, número de cuartos, material de construcción, servicios en la vivienda y equipamiento con que cuenta el hogar.
- Determinar la clasificación del tipo de hogar que conforman los residentes habituales.
- Investigar las características predominantes de la zona donde se ubica la vivienda seleccionada.
- Determinar el tipo de no entrevista observado, clasificándolo de acuerdo a su causa como tipo A (viviendas ocupadas)
B (viviendas desocupadas)
C (situaciones muestrales) y
D (situaciones relacionadas con el informante).
- Obtener información sociodemográfica de todas las personas que cumplieran con los criterios de residentes habituales del hogar, tales como: parentesco, sexo, día y mes de nacimiento, edad, estado civil, fecundidad, escolaridad, condición de residencia, elegibilidad, filiación a servicios médicos, religión profesada y caracterización laboral.
- Identificar a la persona del rango de edad determinado que respondería el cuestionario de adicciones.

b) Cuestionario Básico

Una vez llenada la TRH, por medio de los datos de día y mes de nacimiento, se identificaba a la persona más próxima a cumplir años, cuya edad estuviera entre los 12 y 65. Este método, ya utilizado con anterioridad, al ser rigurosamente aplicado reproduce la distribución por grupos de edad y sexo de la población objetivo, dada su calidad de aleatoriedad. Cabe hacer mención que debido a las preguntas que se aplicarían y el carácter mismo de la encuesta, durante la capacitación se enfatizó la necesidad de que el cuestionario básico se levantara bajo estrictas normas de confidencialidad, evitando en todo momento que durante la entrevista estuviera presente una tercera persona diferente al entrevistador y entrevistado. Esto permitiría obtener respuestas directas que no estuvieran sesgadas por la actitud del informante, posiblemente inhibido ante la presencia de otros miembros del hogar.

Mediante el cuestionario básico, se indagó entre los seleccionados el uso de diversas sustancias, además de las particularidades de los patrones de su consumo. De acuerdo a las diferentes variables y drogas que interesaban para el estudio, el cuestionario se dividió en los siguientes dieciocho capítulos o secciones:

- | | |
|---------------------------|--|
| — Historia migratoria. | — Pasta de cocaína. |
| — Consumo de tabaco. | — Crack. |
| — Uso de alcohol. | — Alucinógenos. |
| — Opiáceos. | — Inhalables. |
| — Tranquilizantes. | — Heroína. |
| — Sedantes y barbitúricos | — Metanfetaminas. |
| — Anfetaminas. | — Problemas relacionados con el consumo de drogas. |
| — Marihuana. | — Utilización de servicios de asistencia contra adicciones. |
| — Cocaína. | — Opinión sobre la gravedad del uso de drogas, información sobre su consumo y asistencia a cursos sobre el tema. |

Nota metodológica con relación a las encuestas de adicciones

Es importante señalar que esta Encuesta se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores. Entre otros aspectos, se incluyó por primera vez el componente rural,

CUADRO 1

POBLACIÓN URBANA Y RURAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN URBANA			POBLACIÓN RURAL		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
12 – 17	4'915,246	4'999,780	9'915,026	1'892,705	1'877,628	3'770,333
18 – 34	9'317,802	12'389,767	21'707,569	2'413,717	3'430,268	5'843,985
35 – 65	9'482,497	11'782,440	21'264,937	3'371,690	3'893,527	7'265,217
Total	23'715,545	29'171,987	52'867,532	7'678,112	9'201,423	16'879,535

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002

y en esta ocasión no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998. Por ello, es importante señalar que al analizar las tendencias del consumo entre las diversas encuestas, se considere que en sentido estricto esta Encuesta no es totalmente comparable con las anteriores.

Resultados:**Uso y Abuso de Bebidas con Alcohol en México**

En el país hay poco más de 32 millones de bebedores⁸ (32'315,760) que representan al 46% en la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Cerca de 27 millones (26,874,662) viven en localidades urbanas, de más de 2,500 habitantes, y representan al 51% de esta población. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente al 32% de la población de ambos sexos (cuadro 2). Cinco por ciento de los entrevistados que reportaron nunca haber bebido alcohol, dieron razones religiosas y una proporción similar dijeron no beber por miedo a padecer un problema y el 18% son ex bebedores⁹.

CUADRO 2

ENA 2002 ÍNDICE DE BEBEDORES* POR LOCALIDAD, SEXO Y GRUPOS DE EDAD

	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Población urbana						
12-17 años	2'979,230	30.0	1'726,518	35.1	1'252,712	25.4
18-65 años	23'895,432	55.6	13'581,107	72.2	10'314,325	42.7
12-65 años	26'874,662	50.8	15'307,625	64.5	11'567,037	39.6
Población rural						
12-17 años	543,197	14.4	357,775	18.9	185,422	9.8
18-65 años	4'897,901	37.4	3'512,513	60.7	1'385,388	18.9
12-65 años	5'441,098	32.2	3'870,288	50.4	1'570,810	17.1
Población total 12-65 años	32'315,760	46.3	19'177,913	61.1	13'37,847	34.3

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada grupo.

* Persona que reportó consumir bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta

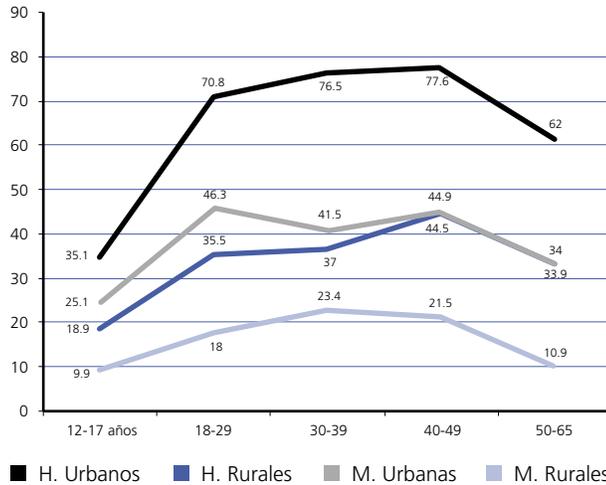
En 2002 siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales.

Treinta por ciento de la población adolescente entre 12 y 17 años de edad son bebedores. La diferencia entre sexos es menor que en la población adulta con 1.39 hombres por cada mujer en comunidades urbanas y 1.9 hombres por cada mujer en las rurales. Estas cifras confirman un

mayor índice de consumo en comunidades urbanas y menor diferencia entre hombres y mujeres adolescentes, diferencia que se agudiza cuando llegan a la mayoría de edad. Con un mayor consumo entre los hombres, ambos grupos, después de los 18 años y hasta los 50, mantienen sus niveles de consumo, para disminuir después de los 50 años, tanto en poblaciones rurales, como urbanas (Gráfica 1).

GRÁFICA 1

ÍNDICE DE BEBEDORES POR SEXO Y EDAD

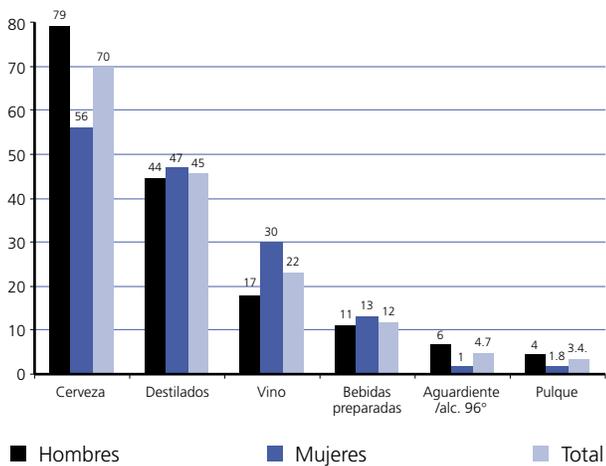


Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

La cerveza es la bebida de preferencia¹⁰ de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%) el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol de 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menos frecuencia. Existen importantes diferencias en las preferencias de hombres y mujeres, ya que estas últimas prefieren la cerveza en menor proporción que los varones (56% vs. 79% respectivamente), y en mayor proporción el vino de mesa (30% vs. 18%) (Gráfica 2).

GRÁFICA 2

BEBIDA DE PREFERENCIA POR SEXO



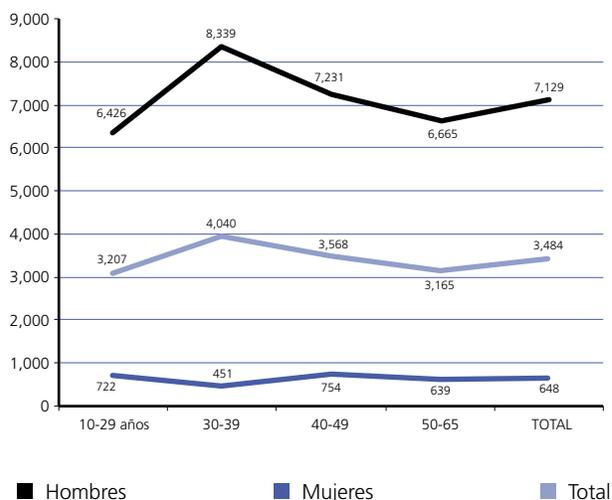
Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Las preferencias de los adolescentes también son diferentes, favorecen con menos frecuencia a la cerveza (57%) y a los destilados (31%) caso contrario que sucede en el vino de mesa (32%) y las bebidas preparadas (19%), a diferencia de los adultos.

A partir de las respuestas de la población entrevistada sobre la frecuencia en que consumen diferentes cantidades de alcohol para cada tipo de bebida es posible estimar el consumo en términos de etanol puro y reportar el consumo *per cápita* (6). El índice estimado para la población rural y urbana entre 12 y 65 años es de 2,790 mililitros, 5,620 ml., para la población masculina y 475 ml., para la femenina. Cuando sólo se considera la población urbana el consumo *per cápita* se eleva a 3,484ml., a razón de 7,129 ml. en los hombres y 648 ml. en las mujeres, cifras superiores a las observadas en la población rural de 2,728 ml. totales, 5,915 ml., en la población masculina y 211 ml., en la femenina. El mayor consumo se registra en los hombres urbanos de entre 30 y 39 años de edad (gráfica 3).

GRÁFICA 3

CONSUMO PER CÁPITA DE ALCOHOL EN MILILITROS
POBLACIÓN URBANA DE 18 A 65 AÑOS



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

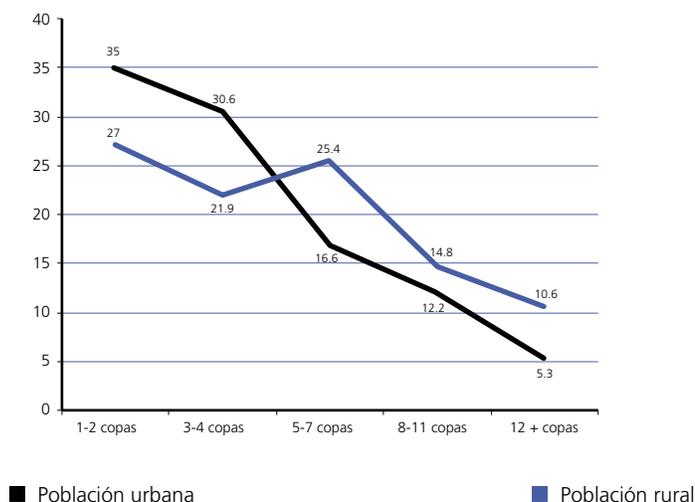
El consumo diario tan común en las sociedades europeas, sigue siendo una práctica poco frecuente en México, solamente 1.5% de la población entrevistada reportó esta frecuencia de consumo. Sólo una tercera parte (37%) de los bebedores limitan su consumo a una o dos copas¹¹ por ocasión de consumo, 28% reporta que ha llegado a consumir 3 ó 4 copas, lo que, si se realiza dentro de un plazo similar de horas se ubicaría en los patrones de menor riesgo. Cuando se comparan las respuestas de poblaciones rurales y urbanas, encontramos que en las primeras, las cantidades de consumo tienden a ser mayores, con 10% de la población rural, ya que reportan haber bebido más de 12 copas por ocasión de consumo en comparación con solamente 5% de la población urbana (gráfica 4).

Poco más de catorce millones de personas (14,261,752) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de éstos 3'226,490 lo hacen por lo menos una vez por semana. 795,573 adolescentes entre 12 y 17 años, que no han alcanzado la edad legal para beber, lo hacen con patrones de riesgo¹².

Esta práctica es significativamente más frecuente en los varones (27.7%) que en las mujeres (5.99%). Entre los primeros, la diferencia si se comparan las poblaciones urbana y rural es poco

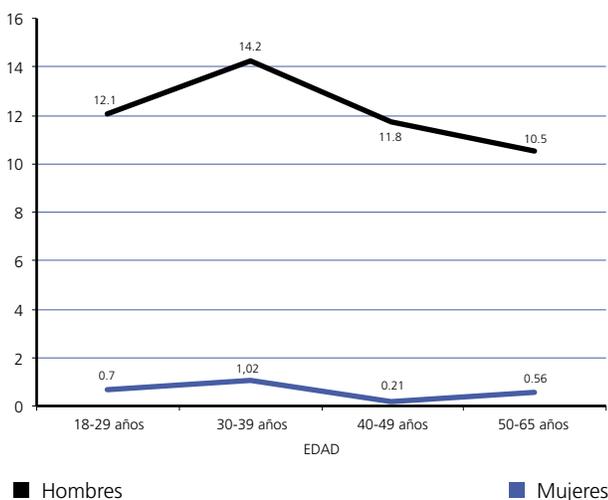
GRÁFICA 4

NÚMERO MÁXIMO DE COPAS QUE HA BEBIDO EN UN SÓLO DÍA
POBLACIÓN DE 18 A 65 AÑOS POR LOCALIDAD



GRÁFICA 5

BEBEDORES CONSUELTUDINARIOS POR SEXO Y EDAD
POBLACIÓN URBANA



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

marcada, en tanto que entre las segundas las diferencias son más grandes, con un consumo consuetudinario hasta 3 veces inferior entre las mujeres rurales. En global el consumo con patrones de riesgo es ligeramente mayor en los hombres adultos que habitan en comunidades rurales 46.5%, en comparación con los de comunidades urbanas (44.8%) (Cuadro 3).

El mayor índice de consumo consuetudinario se da en el grupo entre 30 y 39 años. La gráfica 3 muestra la distribución del consumo bajo este patrón hombres y mujeres urbanas para quienes los límites de la muestra permiten reportar esta información. Como puede verse, en los varones el consumo inicia en un nivel comparativamente bajo, se eleva hacia los 30 y 39 años, para descender posteriormente alcanzando su nivel más bajo después de los 50 años. En las mujeres el máximo consumo se da también en la tercera década de la vida, pero disminuye después de los 39 años.

CUADRO 3

ENA 2002 ÍNDICE DE BEBEDORES ALTOS* Y CONSUETUDINARIOS** POR LOCALIDAD RURAL-URBANA, SEXO Y LOCALIDAD

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Población urbana 18-65 años			
Alto	18.5	32.5	7.6
Consuetudinario	5.7	12.3	0.6
Población rural 18-65 años			
Alto	18.4	36.6	4.3
Consuetudinario	4.5	9.9	0.2

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada grupo.

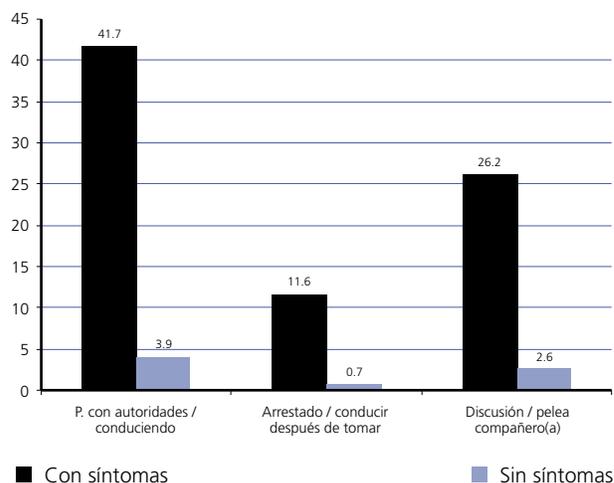
* Personas que reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo sin incluir a los bebedores consuetudinarios

** Persona que reportó consumir alcohol cinco copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años, afronta problemas con el manejo del alcohol, ya que 2'841,303 (4%) reportaron haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y 281,903 son menores de edad. 10.6% de la población total entrevistada reportó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia, y 4.8% de tolerancia. Los problemas sociales fueron también importantes, 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con el o la compañero(a) mientras estaba tomando (a), 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo. Estos problemas son considerablemente más frecuentes entre la población que reportó haber experimentado 3 o más síntomas de dependencia, en comparación de aquellos que no presentaron este número de síntomas (gráfica 6). Sin embargo cabe hacer notar que 41% de aquellos que tuvieron problemas con la policía por beber, no tienen síntomas de dependencia. Como era de esperarse, los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer. Una proporción mayor de adultos que viven en comunidades rurales reportan síntomas de dependencia (10.4%) en comparación con aquellos que habitan zonas urbanas (9.3%) (cuadro 4).

GRÁFICA 6

BEBEDORES CONSUETUDINARIOS POR SEXO Y EDAD
POBLACIÓN URBANA



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

CUADRO 4

ENA 2002 PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ABUSO / DEPENDENCIA
POR LOCALIDAD Y SEXO

	Total		Hombres		Mujeres	
	Total	%	Total	%	Total	%
Población urbana						
18-65 años	1,928,596	45.	1,749,730	9.3	178,862	0.74
Población rural						
18-65 años	630,804	4.81	604,751	10.4	26,053	0.35
Población total						
12-65 años	2,841,303	4.07	2,595,300	8.3	246,003	0.6

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.
Porcentajes del total de la población en cada grupo.

Discusión y conclusiones

Como sucedió en estudios anteriores, una proporción importante de la población reportó ser abstemia, es decir no consumió bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta. El índice de abstemios entre los varones es similar al reportado por países de la región de las Américas, como Estados Unidos, Canadá o Chile, en los cuales entre el 20% y el 30% de los hombres son abstemios. En general el consumo por parte de las mujeres es menor, sin embargo, a diferencia de estos países en la región, las variaciones entre hombres y mujeres en México son grandes, comparables con lo observado en países con roles de género más tradicionales, como China⁷.

Estas diferencias en las conductas de consumo se ligan con expectativas sociales que consideran que la mujer no debe de beber y de hecho bebe menos, sin embargo sufre de mayor rechazo social que el hombre cuando lo hace, no porque la conducta de uno y otro sea diferente bajo la intoxicación, sino porque se considera que el consumo es incompatible con los roles tradicionalmente asignados a la mujer. Esta diferencia en la percepción y las respuestas sociales, deriva en mayores problemas para las mujeres y puede plantear barreras importantes para la atención⁸.

Los datos de la encuesta señalan una menor diferencia en los niveles de consumo entre hombres y mujeres, lo que podría señalar una tendencia a la mayor incorporación de las mujeres, tendencia que se había documentado ya en las encuestas anteriores (4,9). Desafortunadamente los adolescentes copian los modelos adultos de consumo poco frecuente pero excesivo. Esto junto con la observación de que un inicio temprano y el consumo excesivo en esta etapa, se asocian con mayor riesgo de dependencia y con un peor pronóstico en tratamiento, señalan la urgente necesidad de incrementar los programas de educación para la salud, así como de fomentar niveles de consumo moderado, retrasar el inicio en el consumo y preparar a los niños y adolescentes para un consumo moderado.

El consumo *per cápita*, estimado en este estudio fue de 2.8 litros para la población entre 12 y 65 años, y de 3.4 litros si sólo se considera a la población urbana y el alcohol disponible. Las cifras de consumo *per cápita* estimadas a partir de la producción tasada, añadiendo importaciones y deduciendo exportaciones, ascienden a 5.19 litros⁹, cifra que no incluye el alcohol denominado "de dudosa procedencia", que no paga impuestos, el cual se ha estimado que representa el 40% del alcohol consumido en el país¹⁰.

⁸ Se definió como bebedor a aquellas personas que reportaron haber consumido bebidas alcohólicas durante los 12 meses previos al estudio.

⁹ No bebieron el año anterior al estudio

¹⁰ Se reportan las respuestas dadas por la población a la pregunta acerca de su bebida de preferencia y no sobre el consumo.

¹¹ Se reporta el número máximo de copas que los bebedores han reportado haber consumido en un solo día.

Las estimaciones del consumo *per cápita* que se derivan de los autoreportes de la conducta de bebida de las encuestas, tienden a subestimar el consumo per cápita entre el 40% y el 60% de los resultados que se obtienen de las ventas legales, lo cual es concordante con el resultado encontrado en esta encuesta.

La mayor parte del alcohol disponible es consumido por hombres urbanos de edad media (30 y 49 años), en tanto que las mujeres que habitan en las comunidades rurales, tienen poco acceso al alcohol. Esto confirma la observación de que el alcohol se comporta como un bien de consumo y que la población con mayores recursos, consume la mayor parte del alcohol disponible. Se ha estimado que el 30% de la población con más ingresos consume el 53% del alcohol disponible¹², sin embargo también se tiene evidencia de que el gasto en alcohol en proporción del ingreso, es mayor entre la población de menos recursos¹³.

El hecho de que el alcohol disponible no se distribuya homogéneamente en la población ocasiona que una medida promedio como ésta, ofrezca poca información sobre los problemas que se asocian con el consumo. Éstos serán mejor explicados a partir de conocer la forma en que diferentes grupos de población consumen el alcohol disponible.

Los datos de la encuesta muestran diferencias importantes en el índice de consumo con patrones de riesgo al considerar las grandes cantidades de alcohol que se ingieren por ocasión. Los índices más bajos de riesgo se encuentran entre las mujeres rurales, seguidas por las mujeres urbanas, los hombres urbanos y en el nivel máximo los hombres rurales.

En esta encuesta se confirman observaciones anteriores en el sentido de que los hombres en comunidades rurales presentan menores niveles de consumo pero mayores niveles de problemas¹⁴. También coinciden en señalar un nivel elevado de problemas en el país a pesar de que los niveles de consumo no son muy altos (de hecho son inferiores a los reportados por otros países).

De acuerdo con Rehm (2001)¹⁵ i) el mismo consumo puede tener efectos más problemáticos en aquellos países en los que se concentra en menor número de personas, es decir en aquellos que registran un elevado índice de abstemios y donde menor sea el número de ocasiones en que se consume alcohol. También ha documentado que el consumo durante las comidas es menos dañino y que beber fuera de casa se asocia en mayor medida con accidentes que cuando se bebe en casa.

Los datos de este estudio documentan como en México se dan estas condiciones lo que incrementa el riesgo de problemas. Existe una alta proporción de abstemios, el consumo diario es poco frecuente, no se asocia con los alimentos como ocurre en las sociedades mediterráneas, se consume con poca frecuencia pero en grandes cantidades asociadas. Otros estudios han señalado también cómo el consumo fuera del hogar es frecuente, debido especialmente a que con frecuencia la esposa no es la principal compañera de consumo, hecho que aumenta la tensión entre las parejas¹⁶.

Que el consumo se dé con frecuencia fuera del hogar y en cantidades elevadas se asocia con un riesgo importante de accidentes. Estudios efectuados en salas de urgencia documentan un elevado nivel de ingresos por traumatismos, con niveles positivos de alcohol en sangre (21%) es decir, casi del doble de lo que se observa en Estados Unidos (11%)¹⁷.

En este estudio, 2% de los bebedores reportaron haber afrontado problemas con la policía mientras conducían automóviles después de haber bebido. Una proporción importante de personas que reportaron este problema, presentaba también síntomas de dependencia. El hecho de que en la manifestación de problemas participa la respuesta social organizada, puede hacer pensar

¹² Reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo independientemente de la frecuencia en que lo hacen.

¹³ Persona que reportó consumir bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta

¹⁴ Personas que reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo sin incluir a los bebedores consuetudinarios

¹⁵ Persona que reportó consumir alcohol cinco copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

que en México en las personas que fueron detenidas lo hayan sido porque registraron niveles muy altos de alcohol en sangre y problemas de tránsito adicionales. Vale señalar que hasta fechas recientes se ha puesto énfasis sólo en ciertas ciudades mexicanas en la detección de conductores con niveles de alcohol en sangre que los colocan en riesgo de sufrir accidentes. Tal es el caso de una encuesta realizada en Pachuca, Hgo., que encontró un elevado nivel de personas que conducían automóviles después de haber bebido (23% adultos y 6% adolescentes) (18). Esto refuerza la importancia de establecer estos programas de detección con alto potencial de reducción de ingresos a salas de urgencia y accidentes fatales. Es importante lograr mayor consenso de la población hacia estas medidas derivadas de una mejor información acerca de los mecanismos y tiempos de asimilación del alcohol en el organismo y de sus efectos.

Finalmente cabe hacer mención que una proporción importante de la población manifestó síntomas de dependencia, por lo que es necesario ampliar los servicios de atención. Es importante que en los inicios del tercer milenio, el alcoholismo reciba la atención que merece como enfermedad crónica que requiere de tratamiento; el cual debe de estar disponible para el sujeto que la padece en diferentes etapas de su vida.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 2002 Informe sobre la Salud en el Mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.
2. Frenk, J, Lozano R, González Block Ma, et al. (1999). Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de salud en México. Informe final. México D.F., Fundación Mexicana para la Salud.
3. Peña-Corona MP (comp.), Kuri P (comp.), & Tapia R (comp.). (2001). El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México: Secretaría de Salud
4. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México: CONADIC, SSA; 2002. p.15-25.
5. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental 24(4): 3-19.
6. Medina-Mora ME. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Tapia R (Ed.), Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva. (pp. 21-44). México: Manual Moderno.
7. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol, Ginebra, 1999.
8. Medina-Mora M E. (2002). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Lara, MA Salgado VN, editores. Cállese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas. México: Pax; p. 71-84.
9. Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México Estimaciones del consumo per capita en México, 1970-1999.
10. Consultores Internacionales. (1999). Prospectiva del mercado Mexicano de bebidas alcohólicas destiladas al año 2000. Informe preparado para la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., México.
11. World Health Organization WHO. (2000). Department of Mental Health and Substance Dependence. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm, Geneva, WHO.
12. Consultores Internacionales. (1998). El beneficio económico: Beber de Tierra Generosa. Libro 2 Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (Eds) Medina-Mora ME, Echeverría L, 234-249.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (1994). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. México.

14. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Primera Encuesta Nacional de Adicciones. 1988. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología, Segunda Encuesta Nacional de Adicciones, México, 1993. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones, Tercera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 1998.
15. Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jerningan D, Frick U, Graham K, (2001). Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*; 7(3): 138-147.
16. Calderón, G. Campillo, C. Suárez, C. (1981). Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol. México: Monografía OMS-IMP.
17. Cherpitel C, Pares A, Rodes J, Rosovsky H. (1993). Drinking in the injury event: A comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. *International Journal of the Addictions*, 28, 931-943.
18. Medina-Mora ME, Morón MA, Rojas E, Carreño S, Martínez N, Juárez F. (1999). El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: Evaluación de un modelo de intervención. *Psicología Iberoamericana*. Nueva Epoca. 7(4), 36-46.



Dr. Roberto Tapia Conyer
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN A LA SALUD

Dr. Pablo Kuri Morales
DIRECTOR GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA,
SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Patricia Cravioto Quintana *
Dr. Jesús Felipe González Roldán *
Dra. María de Jesús Hoy Gutiérrez *
Fis-Mat. Fernando Galván Castillo *
Biol. Mario Cortés Ramírez *
(* ADSCRITOS A LA DIRECCIÓN
GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA,
SECRETARÍA DE SALUD

La situación del consumo del tabaco en México

El tabaco es un producto originario del Continente Americano, que en el siglo XVI fue exportado a Europa y de ahí su uso se expandió de manera importante al resto del mundo. En México, diversas referencias literarias reconocen su utilización de manera importante por parte de los pueblos prehispánicos. Desde la revolución industrial, su utilización, como cigarro, puro, pipa u otras formas, se ha extendido a lo largo de todos los países del orbe, con el consecuente crecimiento de la industria tabacalera. Ello a pesar de que desde hace varias décadas se sabe que es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte, y de que conocemos que la nicotina es una sustancia que produce adicción.^{1,2}

Hoy en día existe la suficiente evidencia científica, generada en los últimos 40 años, que demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para el organismo humano, por lo que se ha convertido, para todos los sistemas de salud del mundo, en el principal producto a combatir en su consumo.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un Convenio Marco que permite conjuntar políticas, estrategias, esfuerzos y recursos para dar una lucha frontal en contra del tabaco en todo el mundo.³

La evidencia epidemiológica en el ámbito mundial, ilustra con claridad y contundencia lo que está ocurriendo con esta pandemia. Datos de la misma OMS señalan que del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de estos, 4 millones de personas fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 000 personas diarias por causas relacionadas con el uso de este producto.

En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa que al menos 147 personas fallecen diariamente.

A pesar de que actualmente se conocen los daños a la salud causados por fumar, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en vías de desarrollo, como el nuestro.

A escala global, hay casi 1,100 millones de fumadores, de los cuales 300 millones son de países desarrollados (en una relación de dos hombres por cada mujer), comparado con los 800 millones de fumadores que se registran en países en vías de desarrollo (siete hombres por cada mujer).

Estos datos apoyan la teoría de que la epidemia del tabaquismo ha llegado a su máximo punto en países desarrollados, pero se encuentra en ascenso en los países en vías de desarrollo. Lo anterior, también como resultado de la estrategia que ha emprendido la industria tabacalera, ante el endurecimiento regulatorio que los primeros han mostrado, por lo que han enfocado gran parte de su estrategia e inversión mercadológicas hacia mercados emergentes como el nuestro, con el propósito de incrementar el número de consumidores y mantener sus unidades de venta, sobre todo en poblaciones blanco u objetivo como lo son los menores de edad y las mujeres.^{4,5,6}

Los estudios prospectivos que la propia OMS ha realizado, respecto al comportamiento que el consumo del tabaco ocasionaría, indican que, de continuar el consumo actual, para el año 2020 habrá 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas al consumo de tabaco, de las cuales 7 de cada 10 ocurrirán en países en vías de desarrollo, como el nuestro.⁷

Los costos de la Epidemia

Existen suficientes evidencias en cuanto a la morbi-mortalidad que el tabaquismo ocasiona. Podemos señalar que en México el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas, es de más de 53 mil (147 muertes diarias), en donde 45% de éstas (20 573 defunciones) obedecerían a enfermedad isquémica del corazón, 51% (13 123 defunciones) por enfermedad cerebro vascular, 84% (13 385 defunciones) por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 90% (6 544 defunciones). Sin embargo, contamos con poca información sobre los costos económicos que esta epidemia representa en nuestro país.^{8,9,10.}

Un aspecto importante, sobre el cual hasta fechas recientes se han empezado a realizar estudios al respecto, es el relativo a cuantificar el impacto económico que el tabaquismo ocasiona a nuestro Sistema de Salud.

Actualmente, el Instituto Nacional de Salud Pública realiza estudios donde se analizan los costos vinculados con los diversos padecimientos que el tabaquismo causa, así como los gastos asociados al proceso de rehabilitación de estas enfermedades. Con base en los estudios que al respecto han llevado a cabo Jha P. y Chaloupka F., analizan los costos brutos anuales de la atención médica asociados al tabaquismo mismos que representan entre 6% y 15% del gasto total en salud, se estima que los costos brutos asociados al tabaquismo se encuentran en el rango 0.10% y 1.1% del producto interno bruto (PIB). Se estima de manera preliminar que este problema representa actualmente un costo aproximado a los 29 mil millones de pesos a nuestro Sistema de Salud, lo que es equivalente al 0.5% del PIB de México.^{11,12.}

En forma adicional podríamos señalar que conlleva enormes costos sociales, tanto para la familia como para la población, con la consecuente disfunción de éstas, dado que los padecimientos que ocasiona el tabaquismo se vinculan de manera importante con la incapacidad o la muerte prematura de la persona. Asimismo, es causa de ausentismo, ya sea laboral o escolar, pues se ha demostrado que las personas fumadoras o sus hijos, cuando fuma delante de ellos, son susceptibles ambos de padecer con mayor frecuencia infecciones de vías respiratorias.

Otro costo importante a considerar es aquel que tiene que ver con la economía familiar. Por ejemplo, si lo relacionamos con el ingreso de una persona, el costo promedio de una cajetilla de cigarros en México equivale a casi la tercera parte del salario mínimo diario de nuestro país.¹⁰

Las cifras

Desde 1988, con la aplicación de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en todo el país a personas de área urbana entre 12 y 65 años de edad, en México, se empieza a tener una vigilancia epidemiológica más estrecha sobre el comportamiento del tabaquismo.

La Encuesta Nacional de Adicciones que se acaba de realizar el año pasado (2002), incorpora un primer acercamiento sobre el comportamiento del tabaquismo en nuestra población rural.

Esta Encuesta Nacional se ha venido aplicando de manera regular en nuestro país (1988, 1993, 1998 y 2002), por lo que ha permitido observar de manera detallada las tendencias que la epidemia ha mostrado:

- a) Estabilidad en la prevalencia,
- b) Disminución en la edad promedio de inicio,
- c) Mayor consumo entre menores de edad e
- d) Incremento de prevalencia en mujeres.

Los datos de la ENA 2002 indican que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana, son fumadores activos, lo que representa casi 14 millones de personas, 55.4% son no fumadores y 18.2% son ex-fumadores. Por lo que respecta al ámbito rural, encontramos que sólo fuman 14.3% de la población entre 12 y 65 años de edad, lo que equivale a 2.5 millones de fumadores, 70.7% son no y 15% son ex fumadores.

De la población general 55% son fumadores involuntarios (18 144 032 personas) lo que conlleva a señalar que, al menos 8 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país, que tienen

entre 12 y 65 años de edad, se encuentran en mayor o menor grado expuestos a los daños que el tabaco ocasiona. Al comparar el número de fumadores encontrados en la ENA de 1988 con respecto al que arrojó la ENA aplicada en 2002, podemos señalar que éste se incrementó de 9 millones a 14 millones de fumadores. De estos fumadores, 52% fuma diariamente y 61.4% iniciaron a fumar siendo menores de edad.

Al analizar la distribución por sexo, de los 14 millones de fumadores en áreas urbanas, en la ENA 2002 se encontró que 9.2 millones son hombres y 4.6 millones corresponden a mujeres.

En lo concerniente al ámbito rural, se encontraron 2 millones de hombres fumadores y 325 000 mujeres fumadoras. Lo anterior representa que fuman 4 de cada 10 hombres, mientras que 1 de cada 6 mujeres lo hace en el área urbana y que uno de cada 3 hombres fuman y 3 de cada 100 mujeres lo hace. En la ENA de 1988 la proporción de hombres fumadores con respecto a mujeres fumadoras era de 3 a 1, mientras que en la ENA 2002 se encontró que la proporción disminuyó de 2.4 a 1.

En cuanto a la distribución por edad, encontramos que en dicha ENA 2002, un 7.1% de los fumadores son menores de 18 años, que la mayoría los encontramos entre los 18 y 29 años (37.9%) y que casi 7 de cada 10 de ellos es menor de 40 años (68.3%).

Por lo que respecta a la frecuencia de consumo de tabaco y la cantidad de cigarros fumados por día, la ENA 2002 arrojó que de los más de 14 millones de fumadores, mas 52%, lo hace de manera diaria.

Si visualizamos la proporción de fumadores que iniciaron antes de los 18 años, también podremos observar en los últimos años una tendencia estable, mientras que en la ENA 1988 esta proporción era de 52.2% (4 839 074 personas), en la ENA 1993 fue de 56.8% (6 060 762 personas), en la ENA 1998 se incrementó a 61.4% (8 135 772 personas) y en la ENA 2002 encontramos un leve descenso a 58.2% (8 126 614).^{13,14,15,16,17.}

Los adolescentes y el Tabaco

Como hemos visto, uno de los grupos más vulnerable es el de los menores de edad, ya que es en esta etapa de la vida en que existen condiciones propias del adolescente que aunadas a ciertos factores sociales, favorecen su inicio en el consumo del tabaco. Entre tales, encontramos condicionantes como:

- a) La curiosidad. Una de las características de la adolescencia, es explorar y conocer todas aquellas experiencias que se le van presentando.
- b) La imitación. Cuando fuma el padre, la madre o alguna persona cercana y representativa.
- c) El afán de sentirse más grande. El adolescente considera que fumar es una actividad que lo hace ser y sentirse de más edad, o con más experiencia en la vida.
- d) La idea de resaltar masculinidad o feminidad. Considera que con un cigarro entre las manos reafirma su género.
- e) La influencia de amigos. Alguno de sus amigos, le ofrece y/o le invita a probar un cigarro.
- f) La pertenencia de grupo. Dentro de su círculo de amistades, el adolescente encuentra que alguno o varios de ellos fuman, por lo cual considera que si él fuma también se identificará y será aceptado por sus amigos.

En cuanto a los factores sociales que condicionan o favorecen el consumo de tabaco en los menores de edad, identificamos:

- 1) La permisividad. Los adultos permiten que el menor fume, sobre todo en la casa, la escuela o el trabajo.
- 2) La publicidad. La industria tabacalera destina gran parte de sus recursos hacia promociones o publicidad de productos o marcas específicas para iniciar al menor en el hábito.
- 3) El incumplimiento en la normatividad. Se da por desconocimiento de ésta o falta de vigilancia para correcta aplicación.
- 4) La ausencia de espacios libres de humo de tabaco. Sobre todo en aquellos lugares frecuentados por adolescentes, tales como cines, boliches, discoteques.

- 5) Violación al derecho del No Fumador. Los fumadores no se preocupan al fumar delante de personas no fumadoras, ni preguntan si a éstas les molesta que se fume delante de ellas.
- 6) La falta de exigencia por parte del No Fumador. Generalmente nunca se exige al fumador para que no fume delante de uno.¹⁸

En nuestro país se ha identificado que el tabaquismo entre los niños y los adolescentes es un problema en ascenso. La Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar realizada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) mostraba ya desde 1992, que tres de cada diez adolescentes entre los 13 y 18 años de edad admitían haber fumado alguna vez, a pesar de que 9 de cada diez (89.3%) consideraban que fumar una o más cajetillas de cigarros al día es peligroso para la salud.

El estudio señalaba ya los 13-14 años como edad de inicio para fumar, y que por cada 2 hombres que fumaban una mujer lo hacía. Otro dato significativo de este estudio es que en 39% de las escuelas secundarias los estudiantes pueden adquirir cigarros.¹⁹

La Dirección General de Epidemiología llevó a cabo sendos estudios de accesibilidad por menores de edad al tabaco, en los cuales menores de edad (entre 10 y 15 años), acompañados por un adulto (residente de Epidemiología o personal del Sector Salud que observaba el proceso y registraba el resultado), intentaron comprar cigarros. En 1997 se realizó una Encuesta en el Distrito Federal, en 561 tiendas que abarcaban las 16 delegaciones políticas, en donde se observó que en 79% de las tiendas visitadas se les vendió cigarros a menores, que sólo 12% de ellas colocaron letreros indicando la prohibición de la venta a menores de edad y sólo 1% de los despachadores preguntó su edad al menor.²⁰

En el estudio de accesibilidad de menores llevado a cabo en 1999 en Ciudad Juárez, Chihuahua, se visitaron 240 tiendas seleccionadas de manera aleatoria. En 98% de éstas se vendieron cigarros a menores; en cuanto a los letreros o la verificación de la edad del menor, los resultados no fueron siquiera significativos, es decir ni se encontraron letrero ni preguntaron la edad al menor.²¹

Recientemente, en el año 2002, al repetir el estudio de accesibilidad en la Ciudad de México, se encontró que en 73.1% de los intentos se vendieron cigarros a menores de edad, que 57.9 de los establecimientos venden cigarrillos sueltos o de manera individual y que sólo 21% de los establecimientos mostraron algún anuncio señalando la prohibición de vender a menores de edad.²²

De igual forma, en el año 2000 se llevó a cabo en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, la aplicación de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo y Juventud, con el propósito de observar cuál es el comportamiento de esta epidemia en los adolescentes y cuáles son los conocimientos y percepción que éstos tienen sobre el problema del tabaquismo. En esta encuesta, participaron 48 escuelas secundarias y se aplicaron 1926 cuestionarios (51% en hombres, 49% en mujeres). La mitad de los encuestados señalaron haber fumado alguna vez en su vida y uno de cada 4 de ellos fumó su primer cigarro entre los 12 y 13 años de edad. Así mismo, uno de cada 6 de ellos, el 16.2%, fuma actualmente y de quienes fuman, uno de cada seis reconoce que consume drogas ilícitas (principalmente marihuana).

Un dato representativo es que 8 de cada 10 consideran al cigarro como algo dañino o perjudicial para la salud, mientras quines fuman un 57% prefiere los llamados cigarros "light". Esto muy seguramente tiene que ver con una falsa percepción, en gran parte inducida por la industria tabacalera, de que tales cigarros son menos perjudiciales.^{23,24}

Un problema asociado consiste en que el tabaquismo actúa como principal puerta de entrada de los adolescentes al consumo de otras drogas. Se conoce que aquel que empieza a fumar en esta etapa de la vida tiene mayor riesgo, 14%, de consumir marihuana o alcohol, además de que 97.2% de los fumadores consumen una segunda droga, principalmente alcohol, de los cuales el 83% consume una tercera droga, principalmente marihuana. Al analizar esta problemática de consumo de tabaco por los adolescentes y relacionarla con la edad de inicio, se conoce que aquellos que empezaron a fumar entre los 15 y los 18 años, afronta 5 veces más riesgo de consumir

cualquier droga. Este riesgo se incrementa 12 veces más, en quienes empezaron a fumar antes de los 15 años.

En cuanto a la relación del tabaco con el consumo de alcohol, podemos señalar que los jóvenes que empezaron a fumar entre los 15 y los 18 años de edad tienen 6 veces más riesgo de consumir alcohol diariamente y este riesgo se incrementa en 7 personas que empezaron a fumar antes de cumplir los 15 años.^{25,26.}

Conclusiones

El tabaquismo representa hoy en día un serio problema de salud pública para nuestro país, tanto por el número de fumadores que hay, como por la cantidad de quienes están expuestos al humo de tabaco.

La epidemia es de tal magnitud a escala mundial, que adicionalmente a las diversas recomendaciones emitidas para combatir esta pandemia, la OMS encabeza un esfuerzo multinacional para suscribir un Convenio Marco que permita enfrentar de manera conjunta y armónica los grandes intereses económicos y políticos de la industria tabacalera. En este Convenio se incorpora una visión estratégica que consideran importantes no sólo los esfuerzos que cada país emprende, sino que son necesarios los acuerdos regionales, continentales y mundiales para proteger la salud de la población, por encima de cualquier interés comercial o político.

Las recomendaciones planteadas por la OMS buscan sobre todo detener el consumo del tabaco y que el control de éste sea una prioridad en las políticas públicas de los gobiernos. Parten de reconocer que la nicotina es una sustancia perjudicial y psicoactiva, que debe ser identificada como droga que ubica al cigarro como su instrumento de dosificación. Señalan como algo importante emprender medidas legislativas y regulatorias que tiendan a incrementar las restricciones comerciales y publicitarias de los productos de tabaco, además de buscar una mayor carga impositiva a los mismos y reforzar las acciones de educación para la salud.²⁷

La vigilancia epidemiológica que se ha hecho sobre este problema, señala ya tendencias fundamentales en su comportamiento en México, que requieren de decisiones inmediatas, intensivas y decididas para detener y revertir dichas tendencias.

Por un lado, es evidente que cada vez se está fumando a más temprana edad, sin que ningún programa preventivo, ni ninguna medida regulatoria empleada hasta el momento haya funcionado. Esto no quiere decir que las medidas empleadas no sean las correctas, sino que no las hemos sabido instrumentar o vigilar. Tal es el caso de la venta a menores, pues a pesar de saber que las tiendas realizan ese consumo indebido, y de contar con los instrumentos legales para actuar, no hemos sido capaces de aplicar dicha normatividad e imponer las sanciones conducentes.

De igual modo, debemos señalar el incremento del consumo del tabaco en adolescentes y mujeres, por lo que resulta fundamental emprender acciones preventivas dirigidas a estos grupos y a quienes ya fuman, para concientizarlos sobre los daños a la salud de esta adicción y ofrecerles alternativas terapéuticas. En esta labor el papel del personal de salud es importante, de ahí que sea necesario crear en el Sistema de Salud todas aquellas redes de apoyo necesarias para abatir el consumo de tabaco en su personal y retomar el liderazgo en esta lucha.

Por otra parte, conocemos que aproximadamente 31 millones de mexicanos están expuestos de manera voluntaria o involuntaria a los daños a la salud causados por el tabaco, lo que representa poco menos de la tercera parte de la población total de México. Por ello es importante avanzar en la incorporación de cada vez más lugares libres del humo del tabaco y por ende respetar los derechos de los no fumadores.

En cuanto a las principales afecciones que se relacionan de manera directa o indirecta con el consumo del tabaco, como los diferentes tipos de cáncer, los padecimientos cardiovasculares y los neumológicos, es importante que los especialistas en estas áreas participen cada vez más en acciones preventivas y de investigación que puedan contribuir a disminuir los efectos letales de esta epidemia.

Las estrategias de prevención y control del tabaquismo en México, se han enfocado desde un punto de vista integral, el cual contempla acciones de prevención, protección de los fumadores involuntarios y no fumadores, cesación y rehabilitación, control de la publicidad e incremento de impuestos. Sin embargo, se requiere de la participación de todos: gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales, comunidades e individuos, para combatir de manera frontal el uso de este producto. Sólo así podremos legar a nuestros hijos un México libre del humo del tabaco.^{28,29,30}

Referencias bibliográficas:

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Tabacos Mexicanos S.A. de C.V. Atlas del Tabaco en México. México: 1989.
2. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos / Tabacos Mexicanos S.A. de C.V. Historia y Cultura del Tabaco en México. México D.F.:1988.
3. Organización Panamericana de la Salud. 43er. Consejo Directivo. 53ª Sesión del Comité Regional. El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas. CD 43/13. Washington D. C., EUA, 24 – 28 de septiembre 2001.
4. World Health Organization. The smoking epidemic-"a fire in the global village". 25th August, Ginebra: 1997, Press Release WHO/61.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Tabaco o salud: situación en las Américas. USA: 1992, Publicación Científica No. 536. OPS/OMS, Washington D.C.
6. World Health Organization. The world health report 1996: fighting disease, fostering development. Geneva: 1996.
7. World Health Organization 1998. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. WHO, 1999 Making a difference. World Health Report, Geneva, Switzerland.
8. Secretaría de Salud. Mortalidad 2001. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. México: 2002.
9. Tapia Conyer R, Kuri Morales P, Meneses González F. Smoking attributable mortality-Mexico 1992. MMWR 1995;44:372-381.
10. Kuri Morales P. González-Roldán JF, Hoy M.J. La Epidemia del Tabaquismo en México. Dirección General de Epidemiología / Secretaria de Salud. Mimeo. México D.F.:2002.
11. Jha P, Chaloupka F. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, D.C.: The World Bank, 1999.
12. Coordinación de Planeación Estratégica de la Secretaría de Salud. Análisis del Impacto económico del tabaquismo en el Sistema Nacional de Salud. Mimeo, México D.F.: 2002.
13. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Medina Mora ME, Hoy MJ, Kuri P. El consumo de tabaco en México. Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998. México D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 53-60.
14. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1988 (ENA-88). México: 1988.
15. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1993 (ENA-93). México: 1993.
16. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (ENA-98). México: 1999.
17. Secretaría de Salud, CONADIC, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, INEGI. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002). México: 2002.
18. Camacho Solis, R. y col, Memorias: "Seminario sobre el Tabaquismo en México", Instituto Nacional de Salud Pública / John Hopkins University / Dirección General de Epidemiología, México 2000.

19. Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. México: 1992.
20. Kuri Morales P, Cravioto P, Hoy M, Huerta S, Revuelta A, Jasso B, et al. Illegal sales of cigarettes to minors-Mexico City, Mexico 1997. MMWR 1997; 46: 440-444.
21. Adame Moreno R, Ibarra O, Torres H. Kuri Morales P, Hoy M, Tapia Conyer R, et al. Illegal sales of cigarettes to minors- Ciudad Juárez, México; El Paso Texas; and Las Cruces, New Mexico, 1999. MMWR 1999; 48: 394-398.
22. Kuri Morales P, Hoy Gutiérrez M, Cortés M. Accesibilidad de los Menores al Tabaco en la Ciudad de México. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Mimeo. México D.F. 2002.
23. Kuri Morales P, Hoy Gutiérrez M, González-Roldán JF. Reporte de la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco aplicada en Monterrey, México. Mimeo
24. <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS>
25. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Medina-Mora ME, Hoy MJ, Kuri P. Consumo y abandono del uso de productos de tabaco. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 53-59.
26. Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P, Del tabaco al uso de otras drogas: ¿El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? Rev. Salud Pública de México, suplemento I: La epidemia del Tabaquismo. Vol. 44, Cuernavaca, México: 2002.
27. World Health Organization: Framework Convention on Tobacco Control. (Documents) 2000.
28. Tobacco or Health Programme. World Health Organization. Tobacco or Health: A global status report. Country profiles by region 1997.
29. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (periodo 1990-1999), 2000.
30. Programa contra el tabaquismo, Secretaría de Salud, México 2000.



Uso y abuso de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002

Jorge Villatoro

INVESTIGADOR EN CIENCIAS MÉDICAS,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE (INPRFM)

Ma. Elena Medina-Mora,

DIRECTORA DE INVESTIGACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES,
INPRFM

Patricia Cravioto,

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN
OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA,
DIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA (DGE), SECRETARÍA
DE SALUD (SS)

Clara Fleiz,

INVESTIGADOR EN CIENCIAS MÉDICAS,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE (INPRFM)

Fernando Galván,

SUBDIRECTOR DE DIAGNÓSTICO Y
ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Estela Rojas,

INVESTIGADOR EN CIENCIAS MÉDICAS,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE (INPRFM)

José Castrejón

DIRECTOR DE VINCULACIÓN
SECTORIAL, CONSEJO NACIONAL
CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC)

Pablo Kuri,

DIRECTOR GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA, SS

Alma García

RESPONSABLE DE VINCULACIÓN CON
LOS SECTORES SOCIAL Y PRIVADO,
CONADIC, SS

Introducción

En los últimos años, particularmente durante la década de los 90s, nuestro país ha visto incrementar el consumo de sustancias, especialmente la marihuana y la cocaína. Adicionalmente, a finales de la década anterior y en lo que ha transcurrido de ésta, el consumo de estimulantes tipo anfetamínico (tachas, éxtasis, etc.) han sido las drogas de moda en nuestros adolescentes (3,5,6,8). También se ha observado que el consumo de drogas ilegales es más característico de los hombres y que el uso de drogas médicas, en particular los tranquilizantes, es preferido por las mujeres (4).

Entre otros aspectos, los datos de la anterior Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 (2,3), indican que el grupo de los hombres de 18 a 34 años es el más afectado por el consumo y en especial la zona norte de nuestro país. Al observar las tendencias del consumo, 1993-1998 se encontró que ha habido incremento en el consumo de sustancias, especialmente de cocaína.

Sin embargo, datos más recientes de la encuesta de estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México (8,9) y de los Centros de Integración Juvenil muestran que ha habido una estabilización en el consumo de cocaína tanto entre estudiantes como en los usuarios que asisten a tratamiento en los diferentes centros del país y sus mismos reportes indican también una estabilización en el índice de usuarios de cocaína y aún un descenso, junto con el aumento de casos de consumo de estimulantes tipo anfetamínico, especialmente en la frontera con Estados Unidos, en la costa del pacífico y en el centro del país (1).

Este seguimiento del panorama epidemiológico de la problemática del consumo de drogas, ha sido posible porque en el país se cuenta con una gran cantidad de investigaciones en el área, que incluye al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA), las encuestas nacionales de adicciones (ENA), de estudiantes y de poblaciones especiales, los registros de casos por parte de los Centros de Integración Juvenil y por el Sistema de Reporte de Drogas SRID (6), que opera en la Ciudad de México, los estudios que se realizan en diferentes partes del país. La confluencia de todas estas fuentes de información se realiza gracias al esfuerzo de todas las instituciones participantes, en el Observatorio Epidemiológico de nuestro país.

En el caso de las encuestas nacionales de adicciones, al presente se cuenta con 4 estudios realizados en intervalos aproximados de 5 años (1988, 1993, 1998 y 2002). Estas encuestas se realizan en entrevista cara a cara con el informante, en una población de 12 a 65 años de edad y que habita en sus hogares. Es el objetivo del presente trabajo, presentar los datos de consumo de drogas médicas e ilegales encontrados en la cuarta encuesta de adicciones, cuyo levantamiento de campo se realizó entre marzo y junio del 2002.

Método

La Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002) se realizó con el fin de actualizar la información sobre la prevalencia y abuso de sustancias adictivas para los residentes habituales de viviendas particulares en población urbana y rural entre 12 y 65 años⁸.

Muestra

El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado con selección de conglomerados, en varias etapas de muestreo (AGEB's, manzanas, viviendas e individuo). En donde la unidad última de selección fue un residente de las viviendas seleccionadas, que contara con 12 a 65 años cumplidos al momento de la entrevista.

La tasa de no respuesta se muestra en la siguiente tabla:

Concepto	Absoluto	Relativo
Viviendas seleccionadas	14 043	100.0%
Viviendas entrevistadas	11 252	80.1%
Viviendas no entrevistadas	2 791	19.9%
Tipo "A" (Viviendas ocupadas)	298	2.1%
Tipo "B" (Viviendas desocupadas)	1 588	11.3%
Tipo "C" (Viviendas no localizadas)	201	1.5%
Tipo "D" (Seleccionado sin información)	704	5.0%

Cabe señalar que en 536 viviendas que representan el 3.8% de las seleccionadas, se aplicó únicamente la tarjeta de registro de hogares, ya que carecían de residentes habituales dentro del rango de edad requerido por la encuesta. La población de las viviendas referidas, forma parte de la población total obtenida por la expansión de la muestra de la ENA-2002, no así en lo que respecta al cuestionario básico utilizado, debido a que no hubo respuesta en éste.

Instrumento

La información se recabó utilizando un Cuestionario Básico estandarizado, elaborado por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría y de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, que se aplicó mediante una entrevista cara a cara, realizada por encuestadores que fueron previamente capacitados en el manejo del cuestionario, el cual contiene indicadores básicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud para evaluar uso/abuso y dependencia a sustancias, así como los problemas que se asocian con esta práctica. Incluye además preguntas que permiten identificar al usuario de acuerdo con variables socio-demográficas, percepción social del consumo, factores de riesgo para el inicio y el abuso de sustancias. Este cuestionario ha sido utilizado en estudios previos.

Mediante el Cuestionario Básico, se indagó entre los seleccionados el uso de diversas sustancias, además de las particularidades de los patrones de su consumo. De acuerdo a las diferentes variables y drogas que interesaban para el estudio, el cuestionario se dividió en los siguientes dieciocho capítulos o secciones:

<ul style="list-style-type: none">• Historia migratoria• Consumo de tabaco• Uso de alcohol• Opiáceos• Tranquilizantes• Sedantes y barbitúricos• Anfetaminas• Marihuana• Cocaína	<ul style="list-style-type: none">• Pasta de cocaína• Crack• Alucinógenos• Inhalables• Heroína• Metanfetaminas• Problemas relacionados con el consumo de drogas• Utilización de servicios• Opinión sobre la gravedad del uso de drogas• información sobre su consumo y asistencia a cursos sobre el tema
---	---

Adicionalmente se empleó una Tarjeta de Registro de Hogares, en la cual se registraron todos los datos básicos de cada unidad en muestra, como las características generales de la vivienda y la

⁸ Nota metodológica: Es importante señalar que esta encuesta se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores. Entre otros aspectos, se incluyó por primera vez el componente rural y, en esta ocasión, no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni el de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998. Por ello, es importante señalar que al analizar las tendencias del consumo entre las diversas encuestas, se considere que en sentido estricto esta encuesta no es totalmente comparable con las anteriores.

información sociodemográfica de todas las personas que cumplieran con los criterios de residentes habituales del hogar.

En cuanto al periodo de referencia de las preguntas, la tarjeta de registro de hogares capta los datos requeridos en ella con una temporalidad específica; así las características de la vivienda y la zona donde está ubicada se obtienen al momento de la entrevista, lo mismo ocurre con los servicios de la vivienda y la tipología del hogar que la habita; los datos sociodemográficos también se establecen tomando como referencia el día de la entrevista. Con la finalidad de determinar claramente la caracterización laboral de las personas que son residentes habituales de la vivienda, ésta se pregunta utilizando como referencia la semana anterior a la entrevista.

Respecto al cuestionario, con algunas excepciones, la mayor parte de las preguntas se plantean en forma intemporal, inquiriendo inicialmente sobre el consumo de determinadas sustancias, sin importar la temporalidad del hecho, tal como se puede apreciar en él. Sin embargo, buscando establecer patrones de consumo, para cada una de las sustancias de interés, se pregunta sobre la edad a la que se utilizó por primera vez, cuántas veces se ha empleado, la última vez que se usó y cuántos días se consumió en el mes anterior a la entrevista.

Procedimiento

Los encuestadores fueron cuidadosamente capacitados en los aspectos operativos del trabajo de campo y en el manejo del cuestionario básico y de la tarjeta de registro de hogares. El curso de capacitación con una duración de 3 días, abarcó los siguientes temas: manejo de cartografía, técnica de entrevista, conceptos e instrucciones para el llenado del cuestionario básico y de la tarjeta de registro de hogares y piloteo en campo.

Una vez concluida la etapa de capacitación del personal, se inició el trabajo de campo con los encuestadores, quienes recolectaron la información y los supervisores quienes organizaron y verificaron las actividades de listado y selección de los segmentos de viviendas, la asignación de cargas de trabajo y la verificación de la calidad de la información recabada. Asimismo, se tuvieron críticos codificadores quienes revisaron que la información entregada por los encuestadores estuviera acorde con el diseño del cuestionario.

Resultados

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 muestran que del total de la población del país entre los 12 y 65 años de edad, el 5.03% ha usado drogas alguna vez en su vida, lo que equivale a 3 508 641 personas. Por sexo el 4.83% de los hombres y el 1.29% de las mujeres de 12 a 34 años han consumido drogas. En el rango de edad de 35 a 65 años las prevalencias disminuyen: 3.76% hombres y 0.82% mujeres.

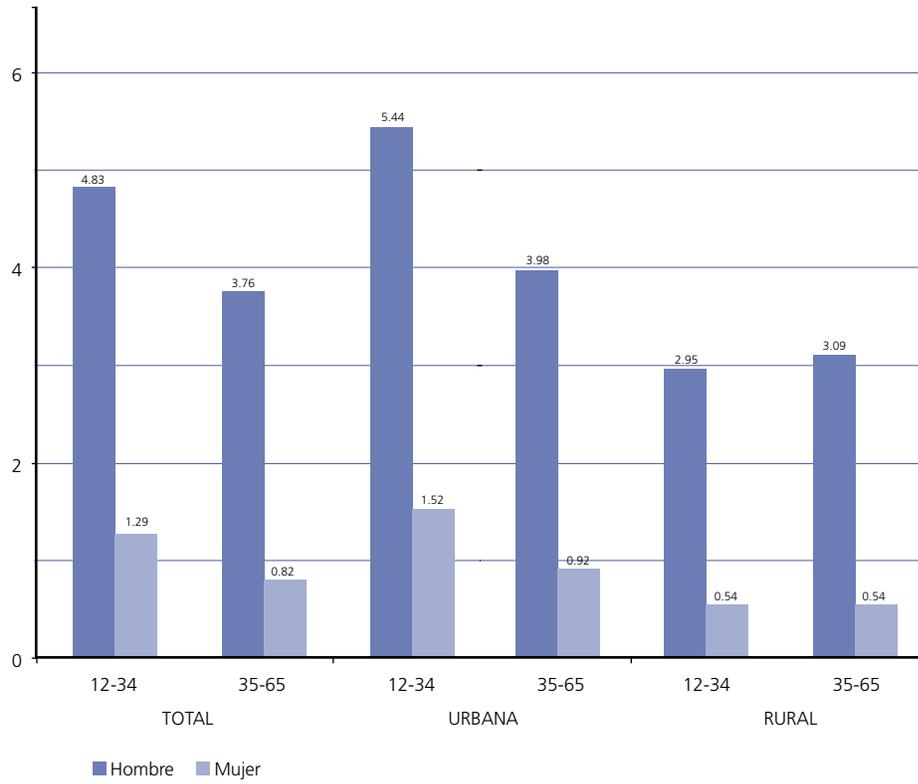
La región urbana presenta las prevalencias más altas de consumo con 5.57% que representa a 2.9 millones de personas que han usado drogas. En el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34% con un total de 563 242 personas. En ambas regiones el consumo es más fuerte entre los hombres. (Gráfica 1)

El consumo de drogas médicas fuera de prescripción equivale al 1.21% de toda la población entre los 12 y 65 años de edad. Es más alto entre la población urbana (1.38%) en comparación con la región rural (0.67%). Es interesante observar que el consumo de este tipo de drogas no presenta diferencias importantes por sexo en ambas regiones, debido a que el 1.45% de los hombres y el 1.34% de las mujeres de la región urbana han consumido drogas en comparación con el 0.74% de los hombres y el 0.61% de las mujeres de la región rural. (Gráfica 2)

El consumo de drogas ilegales es considerablemente más alto entre los hombres de zonas urbanas debido a que 2 101 007 personas han consumido alguna de estas drogas en algún momento de su vida, en comparación con las mujeres quienes reportan una prevalencia inferior (1.16%). El consumo en la región rural es más bajo tanto en los hombres (5.34%) como en las mujeres (0.47%). (Gráfica 3)

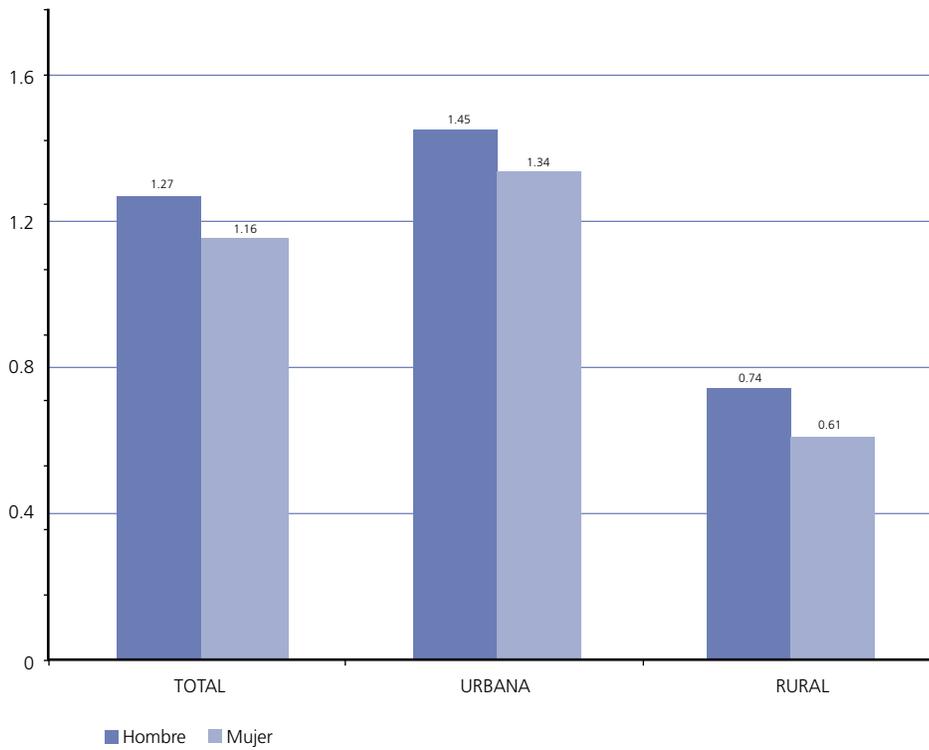
GRÁFICA 1

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS ALGUNA VEZ



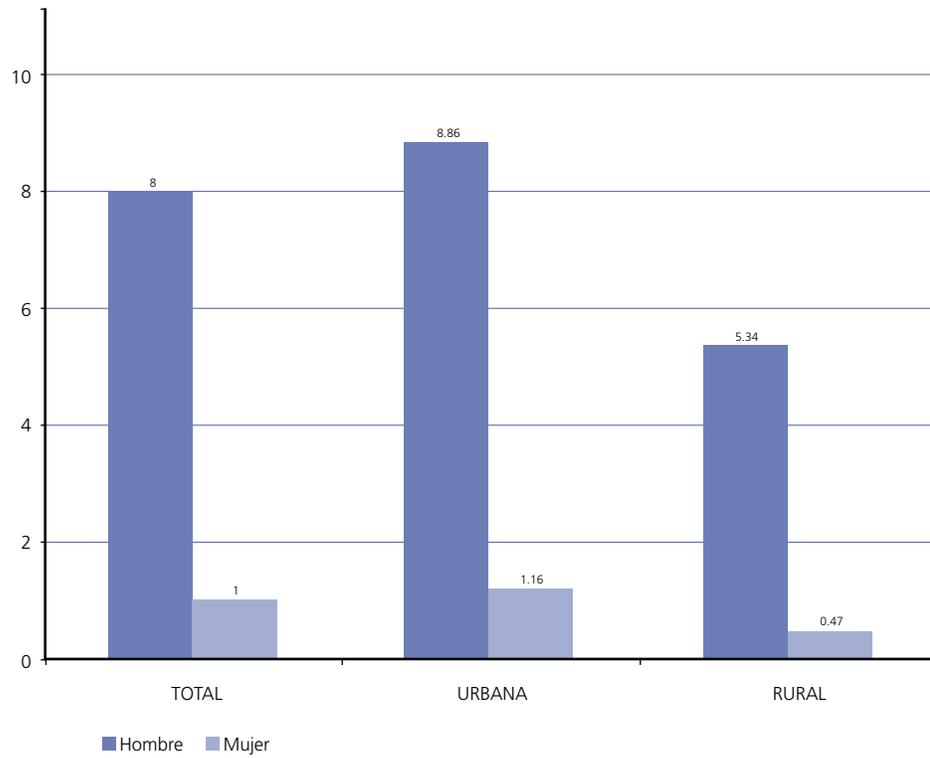
GRÁFICA 2

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS MÉDICAS



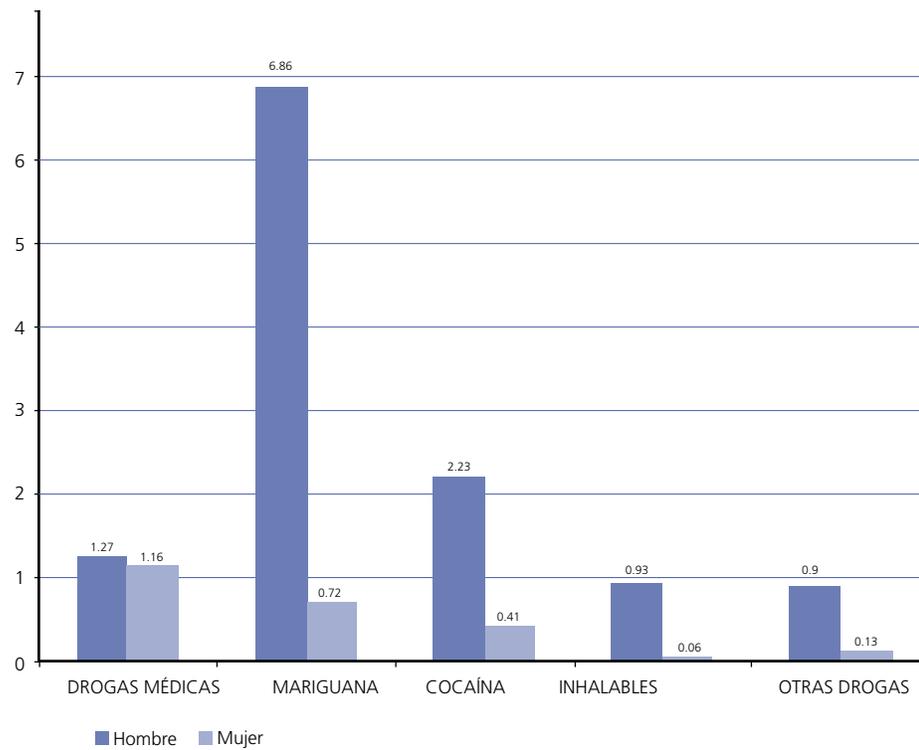
GRÁFICA 3

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS ILEGALES



GRÁFICA 4

POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO DROGAS POR TIPO



La droga ilegal de preferencia es la marihuana (3.48%) seguida de la cocaína (1.23%), las drogas médicas fuera de prescripción (1.21%) y por último los inhalables (0.45%). Por sexo, es importante destacar que principalmente los hombres son quienes consumen estas drogas, en especial la marihuana (6.86%) y la cocaína (2.23%). (Gráfica 4)

Los resultados indican cómo estas drogas ilegales se consumen con mayor frecuencia en la región urbana, en particular la marihuana (3.87%), la cocaína (1.44%) y las drogas médicas fuera de prescripción (1.38%). La prevalencia de inhalables fue considerablemente baja en ambas regiones con respecto a las demás drogas (0.57% urbana y 0.16% rural) (Gráfica 5)

El 0.97% de la población entre 12 y 65 años ha consumido drogas por lo menos una vez en el último año. Las mujeres reportan las prevalencias más bajas de consumo en el último año (0.55%) en comparación con los hombres (1.48%). Asimismo, los hombres y las mujeres de la región rural muestran las prevalencias más bajas de consumo en el último año (1.55% y 0.46% respectivamente) (Gráfica 6).

De acuerdo a los resultados obtenidos la mayor parte de los consumidores de drogas, lo hacen de forma experimental es decir de 1 a 5 veces, tanto en la región urbana como en la rural. Los datos reflejan que casi el 9% del total de consumidores ha consumido en esta frecuencia y un poco más del 2% ha consumido 6 veces o más (Gráfica 7).

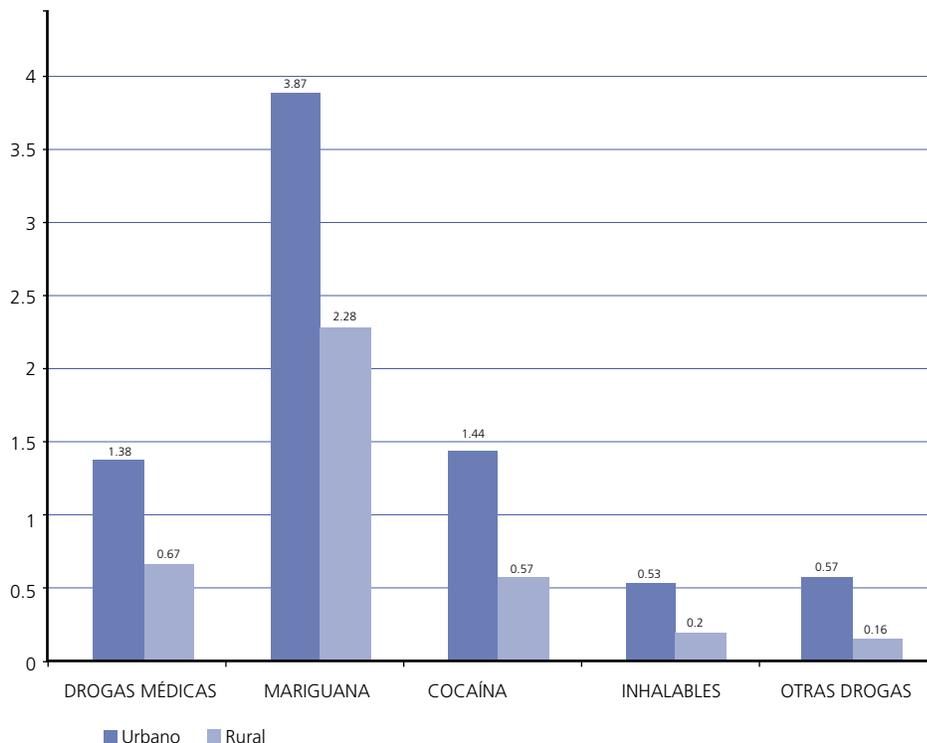
La principal fuente de obtención de drogas para los hombres son los amigos (5.22%). Sin embargo, una parte importante mencionó que las obtuvo en la calle (3.02%). En el caso de las mujeres casi el .9% reporta otras fuentes de obtención no definidas (Gráfica 8).

Cabe destacar que tanto en la región urbana como en la rural, la principal fuente de obtención de drogas son los amigos (3.19% y 1.62% respectivamente). La calle también es considerada un lugar importante para conseguir drogas, tanto en el ámbito urbano como en el rural (1.62% y 1.12% respectivamente) (Gráfica 9).

Una proporción muy baja de los usuarios de drogas han solicitado ayuda (0.25%), lo que corresponde a 171 293 personas. Los resultados por sexo muestran como particularmente las mujeres

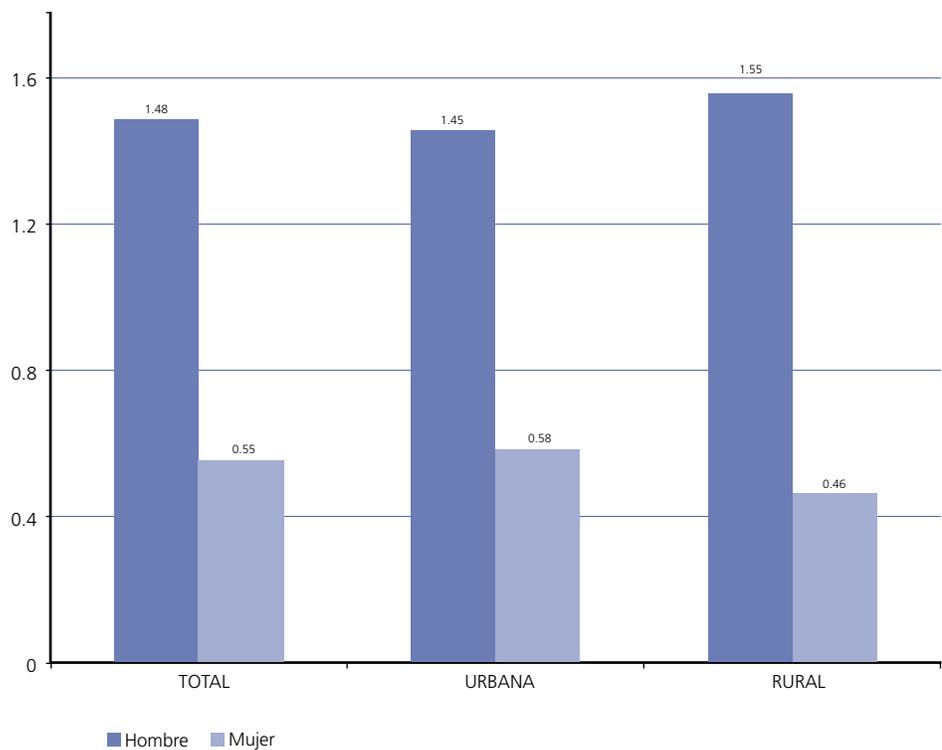
GRÁFICA 5

POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO DROGAS POR TIPO



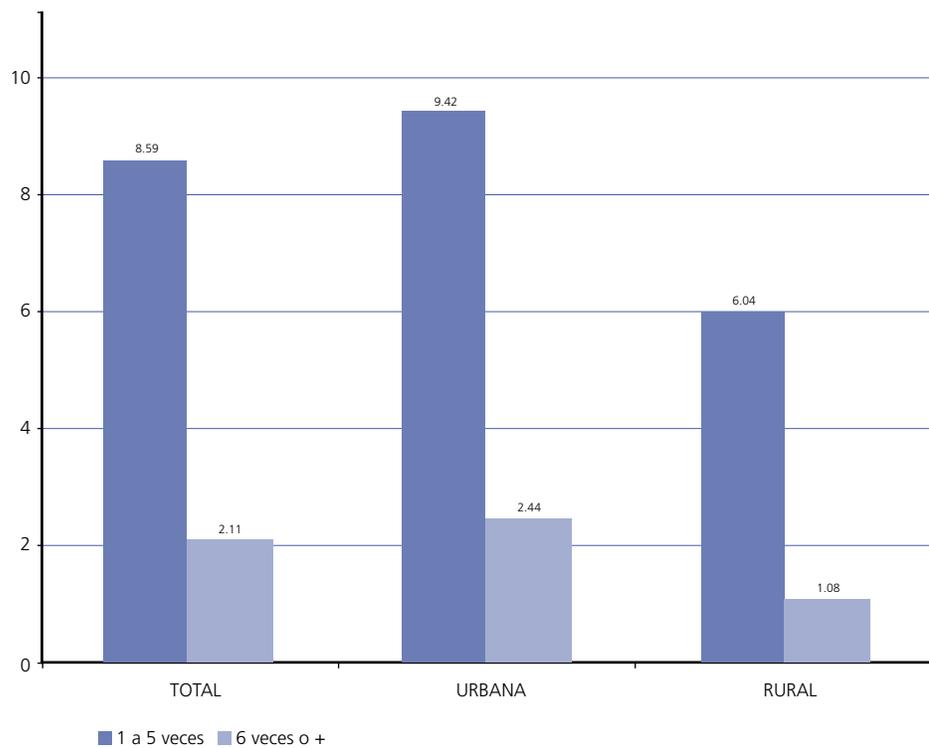
GRÁFICA 6

POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS POR LO MENOS UNA VEZ EN EL ÚLTIMO AÑO

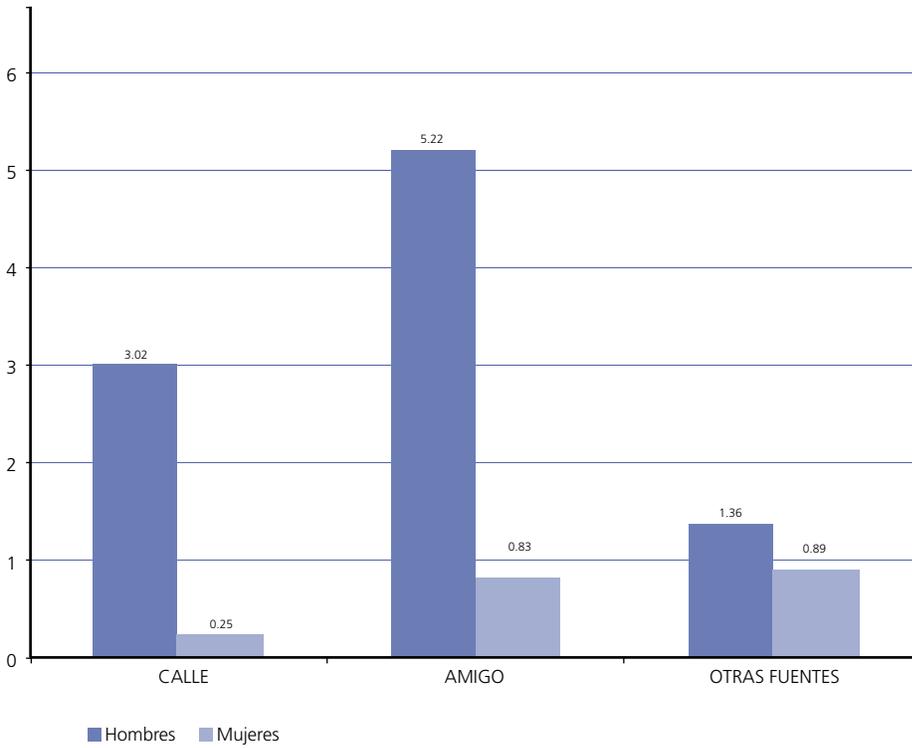


GRÁFICA 7

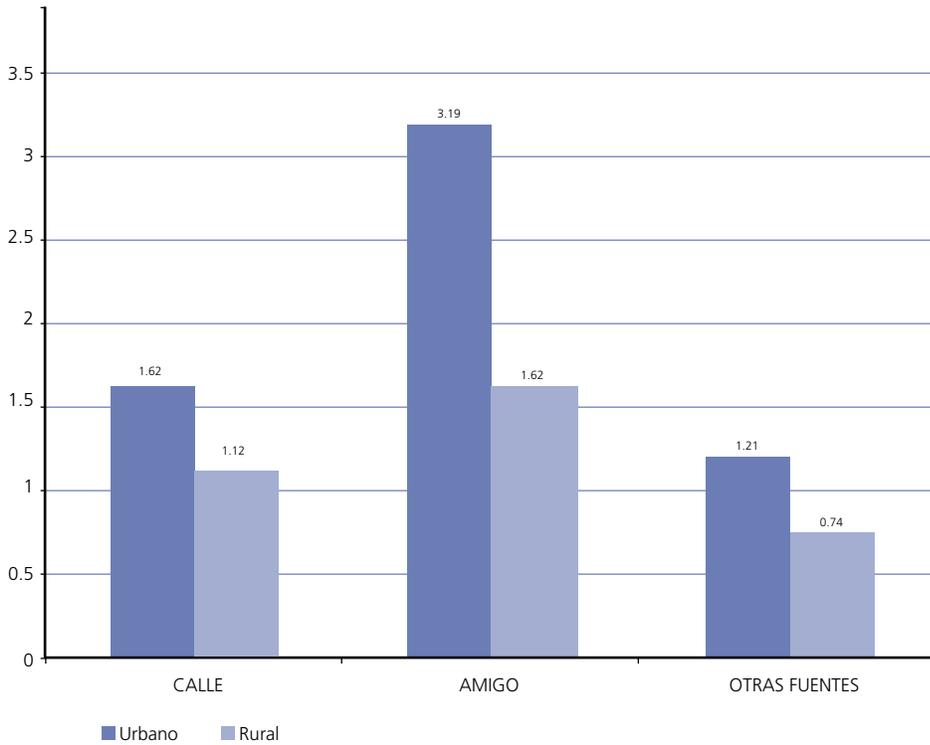
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD QUE HA USADO DROGAS SEGÚN NÚMERO DE VECES



GRÁFICA 8
LUGAR O FUENTE DE OBTENCIÓN



GRÁFICA 9
LUGAR O FUENTE DE OBTENCIÓN



son quienes menos solicitan ayuda por problemas relacionados con el consumo de drogas (0.05%). Sin embargo, a pesar de que los hombres acuden más a pedir ayuda, tampoco reportan porcentajes altos (0.49%) (Gráfica 10).

Por tipo de región rural y urbana, los resultados son similares debido a que el 0.29% de las personas que habitan en regiones urbanas han solicitado ayuda por problemas relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, éste porcentaje disminuye considerablemente para la región rural debido a que sólo el .11% lo ha hecho (Gráfica 11).

Respecto a los problemas derivados del consumo de drogas de los usuarios, principalmente los hombres reportan haberse involucrado en discusiones (1.37%), peleas (0.95%) y problemas con la policía (0.93%). Es importante mencionar que las mujeres se han involucrado mucho menos en este tipo de actividades (Gráfica 12).

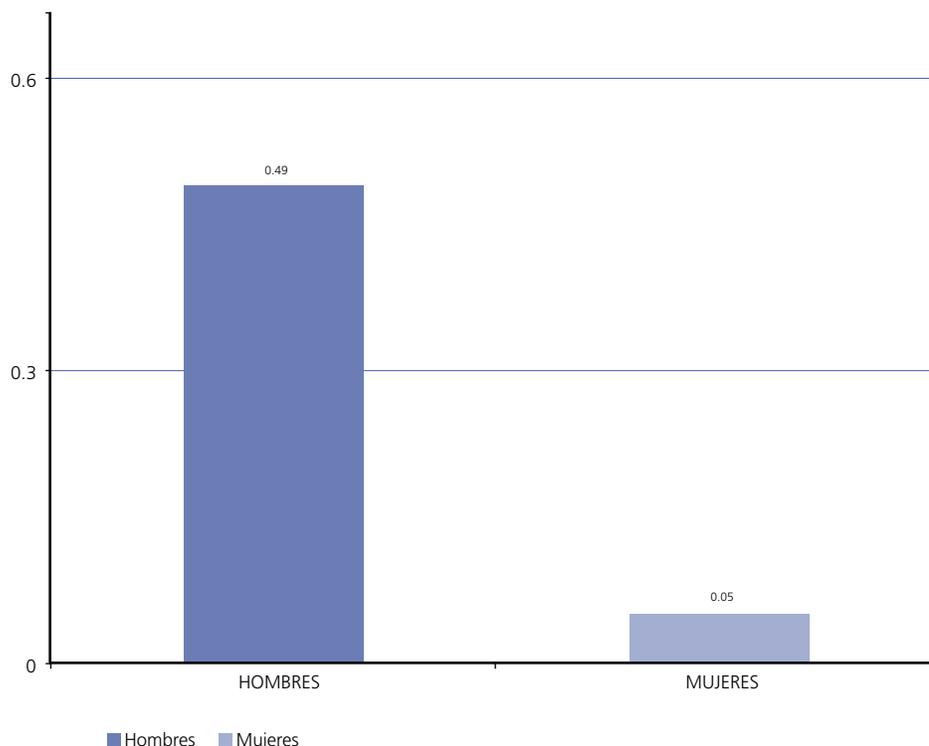
Los resultados indican que entre la población urbana los problemas asociados al consumo de drogas son más frecuentes que en la región rural. En este sentido destacan problemas como discusiones (0.93%), peleas (0.63%) y problemas con la policía (0.55%) (Gráfica 13).

En lo que respecta al número de veces la gráfica muestra como aproximadamente el 46.6% de los hombres ha consumido drogas principalmente entre 1 y 2 veces, el 17.3% entre 3 y 5 veces, el 11.2% entre 6 y 10 veces, el 9.4% entre 11 y 49 veces y el 14.2% 50 veces o más. En el caso de las mujeres aproximadamente la mitad ha consumido entre 1 y 2 veces, el 17.5% entre 3 y 5 veces, el 5.6% entre 6 y 10 veces, casi el 10% entre 11 y 49 veces y el 14.2% 50 veces o más (Gráfica 14).

La población rural es la que principalmente ha consumido de forma experimental, debido a que un poco más de la mitad de las personas han utilizado drogas entre 1 y 2 veces (52.3%). En el caso de la población urbana el 46.6% ha consumido drogas entre 1 y 2 veces. Es importante mencionar que el uso continuado es una práctica menos frecuente sobre todo en la población rural (Gráfica 15)

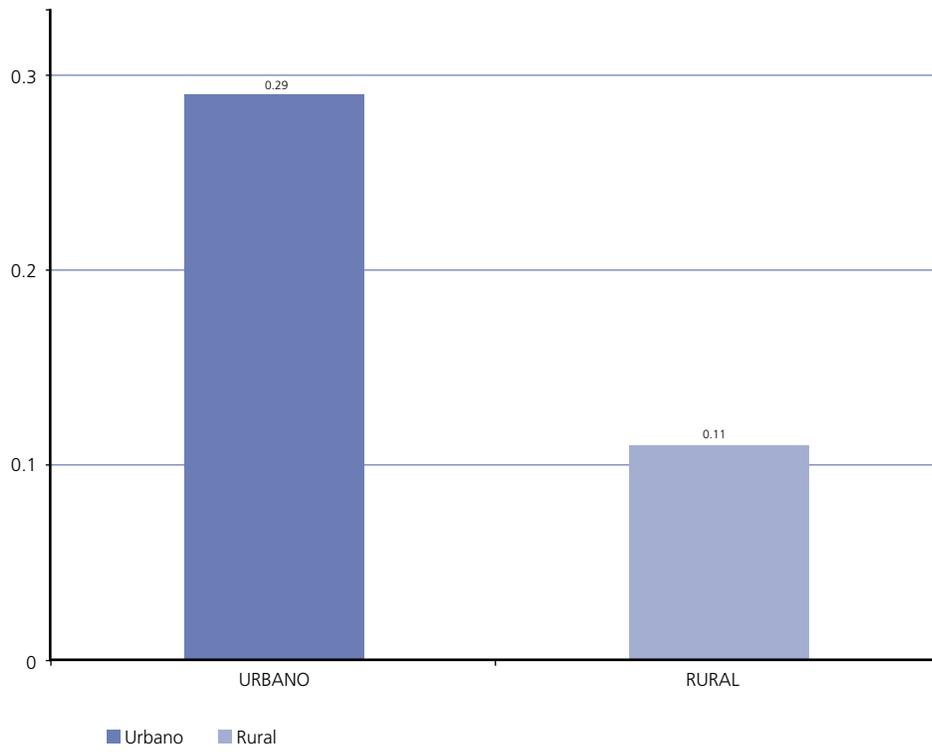
GRÁFICA 10

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HA SOLICITADO AYUDA



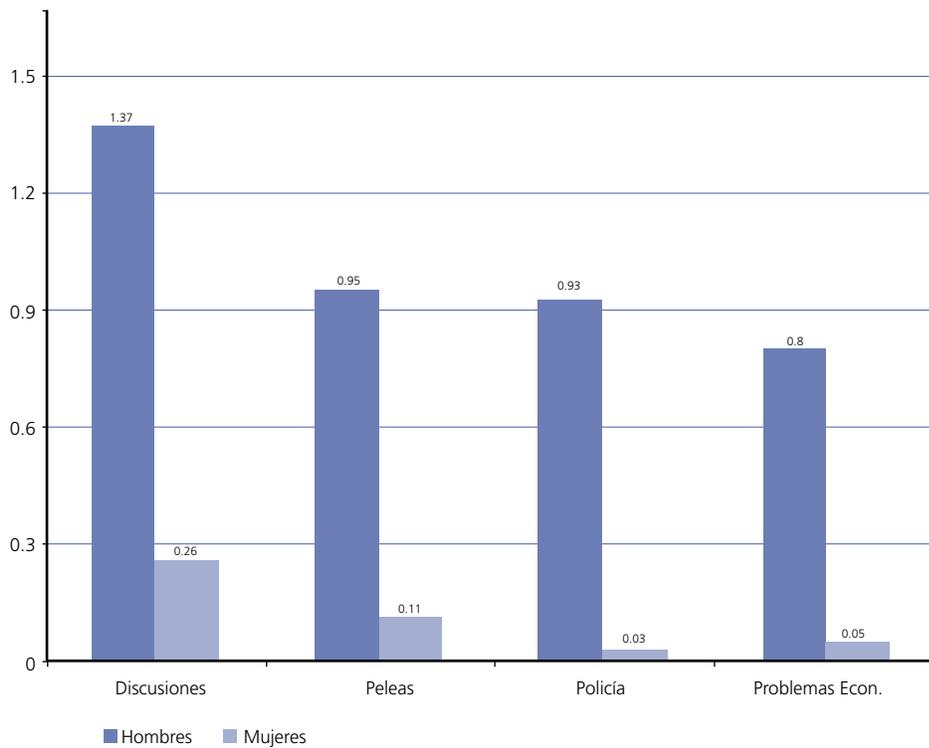
GRÁFICA 11

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HA SOLICITADO AYUDA



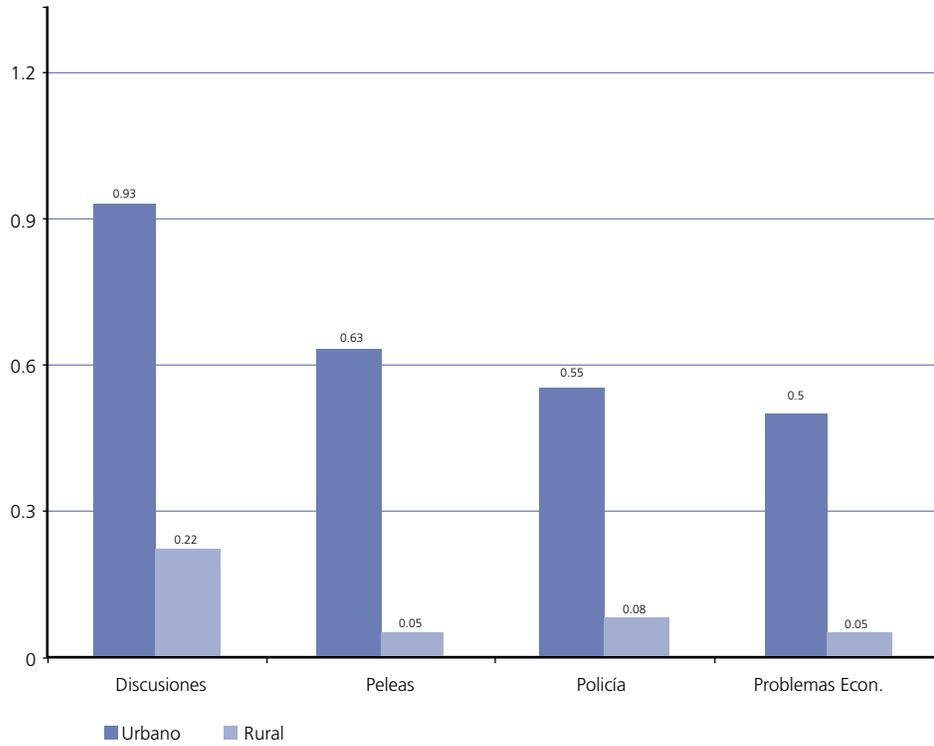
GRÁFICA 12

EXPERIENCIAS VIVIDAS POR EL USO DE DROGAS



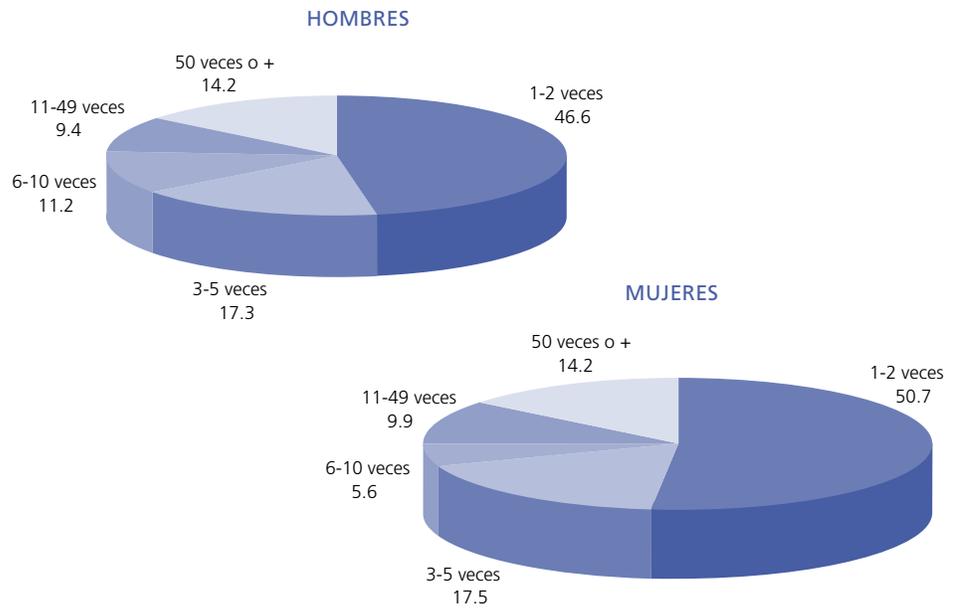
GRÁFICA 13

EXPERIENCIAS VIVIDAS POR EL USO DE DROGAS



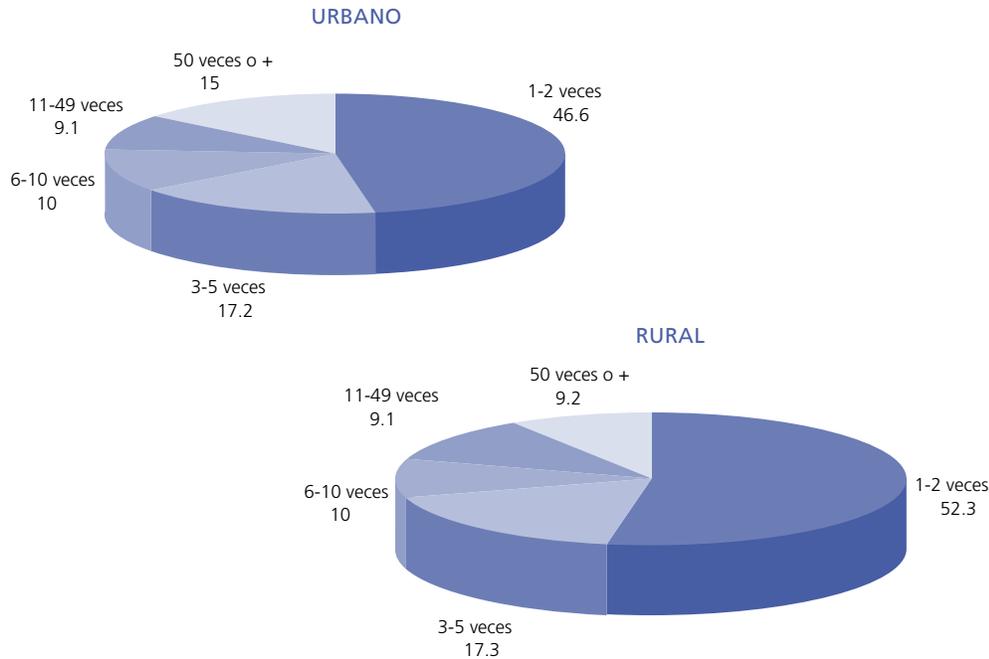
GRÁFICA 14

NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO DROGAS



GRÁFICA 15

NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO DROGAS



CUADRO 1

TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACIÓN URBANA DE 12 A 65 AÑOS QUE LAS HA USADO EN EL ÚLTIMO AÑO

Tipo de droga	1988	1993	1998	2002	IC 95% 2002
Mariguana	1.21	0.58	1.03	0.61	0.39-0.82
Cocaína	0.18	0.22	0.45	0.38	0.26-0.55
Inhalables	0.26	1.17	0.15	0.09	0.01-0.2
Alucinógenos	0.12	0.04	0.03	0.01	0-3.003
Heroína	0.05	0.03	0.02	0.01	0-3.0

En cuanto a las tendencias del consumo de drogas en el último año (Cuadro 1), en las comunidades urbanas, se observa en general una estabilización en el consumo. En el caso de la mariguana incluso se observa una ligera disminución, similar al nivel de consumo que se tenía en 1993.

Conclusiones

Los datos de consumo de drogas de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 indican que ha habido una estabilización en el consumo de drogas.

Se observa que las diferentes drogas muestran niveles de consumo similares a lo encontrado en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Esto ya ha sido señalado con otros estudios que indican que el consumo especialmente el de cocaína ha tendido a estabilizarse (1,6)

La encuesta nos muestra, como era de esperarse, que el consumo es más elevado en general en las zonas urbanas del país con relación a las zonas rurales, especialmente el consumo relacionado con las drogas ilegales, tema de este artículo, sin embargo el consumo en zonas rurales es elevado y preocupante por la menor infraestructura que existe para contender con el problema en estas regiones del país. Si bien esta es la primera vez que se obtienen datos sobre consumo

de drogas a nivel nacional en localidades rurales, estudios previos realizados en poblaciones de alto nivel de migración internacional (7), habían ya señalado la difusión de consumo en estas zonas. Al aumento del problema en estas áreas pueden contribuir además factores relacionados con la producción y tránsito de drogas.

Otro aspecto interesante es que aunque el consumo de drogas es mayor en los hombres, los porcentajes de las mujeres empiezan a ser más similares a los de ellos, particularmente en las zonas urbanas. Este dato ya ha sido observado en diversos estudios aunque más bien relacionado con el consumo de alcohol y tabaco (3,4,5,8)

En cuanto a la preferencia por drogas, la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y, para los hombres, le siguen la cocaína y los inhalables; en tanto, para las mujeres, le siguen los tranquilizantes y después la cocaína. Estas preferencias son similares a lo que se reporta en las encuestas con estudiantes (8,9); en cuanto a las preferencias en las encuestas anteriores, ahora se observa a la cocaína en lugar de los inhalables, que antes correspondía a la segunda droga de preferencia (2,3).

Los estimulantes tipo anfetamínico empiezan a hacer su aparición entre las drogas de consumo, hecho que coincide con los registros de centros de tratamiento en donde se han incrementado las consultas por este tipo de sustancias (1)

En el área de las necesidades de atención, es importante señalar que proporcional al número de usuarios, es bajo el porcentaje de personas que solicitan ayuda debido a su consumo de drogas. Este punto debe llevarnos a trabajar más en aumentar la percepción del daño que el consumo de drogas ocasiona, con objeto de que aún los usuarios experimentales soliciten ayuda para evitar que su consumo se vuelva regular.

Finalmente, el contexto global del estudio nos indica que el consumo de drogas permanece en la población, que aún cuando se ha estabilizado, las necesidades de prevención y atención siguen presentes con objeto de disminuir esta problemática por lo que es necesario trabajar diferencialmente en los distintos grupos que conforman nuestro país. Especial atención merecen las mujeres quienes han tenido un mayor aumento en el consumo de drogas.

Referencias

1. Castillo, I., Gutiérrez, A., Díaz, B., Sánchez, R. y Guiza, V. (2002). Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). Centros de Integración Juvenil. En: Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras drogas 2002. CONADIC, SSA. México. ISBN 970-721-090-7
2. CONADIC. (1999). El consumo de drogas en México. Secretaría de Salud, México, D.F.
3. Medina-Mora, ME., Cravioto P., Villatoro J., Fleiz, C., Galván, F. y Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Salud Pública de México, 45 (Supl 01): 16-25.
4. Medina-Mora, ME. y Fleiz, C. (2003). La salud mental y las adicciones: Retos, Barreras y Perspectivas. Cuadernos de Nutrición, 26 (2) 69-76.
5. Medina, ME., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental, 24(4): 3-19.
6. Ortiz A, Soriano A, Galván J. 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 No. 34. Junio, 2003. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México
7. Salgado N, Díaz-Pérez M, & González-Vázquez T (2003). Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. Salud Pública de México, 45, 19-26.

8. Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes?. Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 25(1): 43-54.
9. Villatoro, J. Medina-Mora, ME., Hernández, H., Fleiz, C., Amador, N., Bermúdez, P. (2004). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental. En Prensa.