



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**LA TRANSFORMACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS
ILEGALES, LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN Y LA
OFERTA TERAPÉUTICA PARA
FARMACODEPENDIENTES EN TIJUANA, B.C. (1998-
2008)**

Tesis presentada por

Alejandro Enríquez Beltrán

Para obtener el grado de

MAESTRO EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tijuana, B. C. México
2012

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Director de Tesis:

Dra. Olga Odgers

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis para la persona que ha dado la vida por mí, mi madre, Carmen Leticia Enríquez Beltrán, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible realizar este objetivo en mi vida. A mi hermana, Ana Leticia Enríquez Beltrán, gracias por todo tu apoyo así como a mi hermano, Jesús Beltrán Enríquez.

Al ser humano que me invito a vivir esta experiencia inolvidable, pero sobre todo, por haber confiado en mí, gracias.

Y a todos mis familiares, que están cerca de mí en todo momento, la perseverancia tiene su crédito. A mi tío-hermano, Sergio Manuel Enríquez Beltrán, q.e.p.d., hermano, donde quiera que estés, tus consejos y tu apoyo me han llevado a vivir estas experiencias, gracias, te amo.

Y a todos los compas que de alguna manera estuvieron dándome ánimos para que esto saliera avante, sin sus experiencias, esto no hubiera sido lo mismo.

Así como a mi coordinadora, mi directora y mis lectores, gracias por su paciencia y por confiar en el proyecto.

AGRADECIMIENTOS.

Al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología por la beca otorgada para poder continuar con esta etapa de mi vida académica.

A El Colegio de la Frontera Norte, por su dedicación y por la carga académica que obtuve para culminar la maestría y finalmente la titulación.

A mis compañeros, que entre tantas cosas, se vivieron experiencias que jamás se volverán a repetir y que se llevan en el corazón, gracias.

A la persona que, aparte de amiga, se ganó mi corazón con sus atenciones y cuidados respecto al desarrollo académico, Alma Guevara, muchísimas gracias my friend.

A mis profesores y en sí a todo el personal que labora en El Colef, a la Dra. Elmyra Ibáñez, a la Dra. Ietza Bojorquez y a mi directora, la Dra. Olga Odgers, gracias por soportar mis berrinches.

ÍNDICE

1. Introducción.	
I. EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN BAJA CALIFORNIA. PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y FUENTES DISPONIBLES.	5
1.1. Perspectivas teóricas en el estudio del consumo de drogas ilegales.	5
1.2. Fuentes disponibles para el análisis del consumo de drogas en México.	8
1.2.1. Antecedentes.	9
1.2.2. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA).	11
1.2.3. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).	14
II. EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN TIJUANA (1998) Y BAJA CALIFORNIA (2008) CON BASE EN LA ENA.	18
2.1. Perfiles y patrones de consumo de drogas ilegales en Tijuana, Baja California, con base en la Encuesta Nacional de Adicciones (1998).	19
2.2. El consumo de drogas ilegales en Baja California en 2008 con base en la ENA.	21
2.2.1. Perfil de la población consumidora de drogas (prevalencia, sexo y edad) en Baja California, a partir de la ENA (2008).	24
2.2.2. Patrones de consumo de drogas ilegales (frecuencia, tipo de sustancia y periodicidad) en Baja California en 2008 con base en la ENA.	27
2.2.2.1. Frecuencia en el consumo: Prevalencia de consumo en el último año por tipo de droga, en el estado de Baja California (ENA, 2008).	27
2.2.2.2. Tipos de drogas.	30
2.2.2.3. Edad de inicio (la primera droga utilizada).	34
2.2.2.4. Frecuencia de consumo por droga.	36
2.2.2.5. Poliusuarios.	38
III. PATRONES DE CONSUMO DE LOS FARMACODEPENDIENTES QUE SOLICITARON ATENCIÓN, ENTRE 1998-2008, EN LA CIUDAD DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.	41
3.1. Perfiles de los consumidores identificados por el SISVEA.	45
3.2. Transformación en los patrones de consumo, a partir del SISVEA (1998-2008).	47
3.2.1. Patrones de consumo por sexo.	49
IV. NECESIDADES DE ATENCIÓN PARA FARMACODEPENDIENTES.	51
4.1. Patrones de consumo y dependencia a sustancias.	52
4.2. Principales variables para la identificación de necesidades de atención terapéutica, en Baja California (2008).	54
4.2.1. Tolerancia al consumo de drogas.	55

4.2.2. Síndrome de Abstinencia.....	56
4.2.3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de drogas.....	57
4.2.4. Consumo problemático de drogas.....	58
4.3. Evolución de la demanda de atención específica para la farmacodependencia en Tijuana, B.C. (1998-2008).....	59
4.3.1. Evolución de la demanda por parte de la ENA (2008).....	61
4.3.2. Evolución de la demanda por parte del SISVEA (1998-2008).....	61

V. LA OFERTA TERAPÉUTICA Y LOS MODELOS DE REHABILITACIÓN PARA FARMACODEPENDIENTES..... 64

5.1. Contexto histórico de los Centros de Rehabilitación.....	66
5.1.1. Los inicios de los centros de rehabilitación para alcohólicos y farmacodependientes.....	66
5.1.2. Surgimiento de los Centros de Rehabilitación.....	67
5.2. Contexto actual de los Centros de Rehabilitación en Tijuana, Baja California.	69
5.2.1. Los centros de rehabilitación existentes y los registrados disponibles.....	69
5.2.2. Los modelos de atención.....	71
5.3. Balance de la oferta terapéutica para la farmacodependencia en Tijuana.....	73

VI. CONCLUSIONES..... 75

VII. BIBLIOGRAFÍA..... 78

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

Cuadro 1.1. Fuente: Elaboración Propia con información de la ENA y el SISVEA

Cuadro 1.2. Fuente: Elaboración Propia con información de la ENA y el SISVEA.

Cuadro 2.1. Fuente: ENA 2008

Cuadro 2.2. Fuente: Elaboración propia con información del INEGI

Cuadro 2.3. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Cuadro 2.4. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Cuadro 2.5. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Cuadro 2.6. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Cuadro 2.7. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Cuadro 3.1. Fuente: Centro de Integración Juvenil

Cuadro 4.1. Fuente: Elaboración propia con información del SISVEA

Cuadro 5.1. Fuente: Elaboración propia con información de DIMCA, 2010

Cuadro. 5.2. Fuente: Elaboración propia con información de DIMCA, 2010

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

Gráfica 2.1. Fuente: Elaboración Propia con base en la ENA, 2008

Gráfica 2.2. Fuente: Elaboración propia con información de la ENA, 2008

Gráfica 2.3. Fuente: Elaboración Propia con base en la ENA, 2008

Gráfica 2.4. Fuente: Elaboración Propia con base en la ENA, 2008

Gráfica 2.5. Fuente: Elaboración Propia con información de la ENA

Gráfica 2.6. Fuente: Elaboración propia con información de la ENA, 2008

Gráfica 3.1. Fuente: Diseño Propio con información del SISVEA

RESUMEN.

Este estudio describe y analiza desde una perspectiva de salud pública, la transformación en el consumo de drogas ilegales. Partiendo de los patrones de consumo generados estos por la dependencia.

Las necesidades de atención del farmacodependiente y la oferta terapéutica proporcionada tanto por la Secretaría de Salud, a través de los centros de integración juvenil y desde las organizaciones no gubernamentales, regulados por la NOM. 028.

En la primera parte de la tesis se analizarán las fuentes disponibles para el estudio, desde una perspectiva epidemiológica con base en la Encuesta Nacional de Adicciones y por otro lado, por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

En una segunda parte, se analizarán los resultados, así como la interpretación de los mismos. Posteriormente se estimarán las necesidades de atención partiendo de la dependencia del consumidor y por último se describirá el contexto de la oferta terapéutica disponible en la ciudad de Tijuana, Baja California en el periodo que comprende de 1998 a 2008.

ABSTRACT.

This study describes and analyzes from a public health perspective, the transformation in the use of illegal drugs. Based on the pattern of consumption patterns of illegal drugs, generated by these frequency substance use, the type of drugs consumed, which leads to a sub.

Care needs drug addict and the treatment options provided both by the ministry of health through integration centers youth and treatment centers from non-governmental, controlled by these official Mexican standard 028.

In the first part will analyze the sources for the study, from the epidemiological perspective based on the National Survey Addictions and epidemiological surveillance system of addictions.

In a second part, we will analyze the results, and the interpretation thereof. Then be estimated based care needs of consumer dependence and finally introduces the context of the treatment options available in the city of Tijuana, Baja California, comprising the period from 1998 to 2008.

INTRODUCCIÓN

Ante el contexto del creciente incremento en el consumo de drogas¹ en nuestro país - con tasas de consumo particularmente elevadas en la región fronteriza - y asumiendo que dicho consumo constituye un grave problema de salud pública, resulta de gran importancia producir información consistente que nos permita conocer las necesidades de atención terapéutica de quienes presentan problemas con sustancias psicoactivas.

El consumo de drogas es considerado, en esta tesis, como un problema de salud, teniendo como referencia a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009²), quien hace mención de las consecuencias en salud generadas por la dependencia a sustancias, tales como enfermedades, discapacidades y defunciones, entre otras (OPS, 2009). En ese sentido, el trabajo se enfoca en el paradigma médico-sanitarista (Romaní, 1997), en el que se define al consumidor como un enfermo que debe ser sanado.

El tema ha sido abordado desde diversas perspectivas; desde la sociología (Romaní, 1997, González Reyes, 2009 y 2011, Escohotado, 2002a, 2002b, Ramos, 1995, 2004), desde el enfoque de la epidemiología (Medina-Mora, 1996, 1998 2000, 2001, Zúñiga, 1990, Cravioto *et al*, 2003) y desde la antropología-médica (Menéndez, 1984, 1991, 1997, 1998, 2003, 2010), entre otras disciplinas.

Es importante destacar que si bien es cierto que se dispone de información amplia con relación a la evolución en el consumo de drogas ilegales en Baja California cabe señalar que en la actualidad no hay estudios que estudien las transformaciones en los patrones de consumo, estimen las necesidades de atención acorde al problema presentado por el

¹ Droga "*Se define como aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad, tanto física como mental*". En este trabajo, se analizarán específicamente las drogas ilegales. (SISVEA, 2010).

² En: www.paho.org Consultado el 13 de febrero de 2012.

farmacodependiente³, y comparen dichas necesidades con la atención provista por parte de los Centros de Rehabilitación existentes, ya sean estos oficiales o creados por la sociedad civil.

La dificultad para comparar las necesidades de atención con la oferta terapéutica estriba, entre otros aspectos, en el hecho de que diferentes patrones de consumo producen necesidades de atención diferenciadas: por una parte, no todo aquel que consumió una droga ilícita alguna vez en la vida presentará problemas de adicción, mientras que por otra parte las dificultades asociadas al proceso de rehabilitación varían también en función de la sustancia empleada, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Así por ejemplo, la rehabilitación de quienes consumen derivados de cannabis será distinta de quienes presentan dependencia a la heroína o a la metanfetamina.

Otro elemento importante a considerar al momento de contrastar las necesidades de atención y la oferta terapéutica existente, lo constituye el perfil sociodemográfico de los propios consumidores. Como se verá más adelante, si bien es cierto que la mayor parte de los consumidores de drogas ilícitas son hombres mayores de edad, también es cierto que la proporción de mujeres y menores consumidores es considerable, y va en aumento. Por su parte la oferta terapéutica se encuentra repartida de manera desigual -concentrada en la atención a varones adultos- como se verá más adelante.

De igual manera, es importante comparar las necesidades de atención de usuarios de drogas menores de edad, con las características de la oferta terapéutica, asumiendo que no todos los centros de rehabilitación existentes se encuentran en condiciones de recibirlos.

³ Farmacodependencia es "*El estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal*" (OMS, 2003:39).

Es por ello que, para poder evaluar la relación entre el consumo de drogas y la oferta terapéutica existente, se considera indispensable analizar los patrones de consumo (frecuencia de consumo, tipo de droga, cantidad de drogas), así como los perfiles de los consumidores (sexo y edad) para estimar entonces las necesidades de atención requerida por los farmacodependientes.

En correspondencia con lo anterior, el objetivo de la presente tesis consiste en:

Estudiar la transformación en el consumo de drogas ilegales, estimar las necesidades de atención al farmacodependiente, y contrastarlas con la oferta terapéutica existente en la ciudad de Tijuana, Baja California entre 1998-2008.

Para ello, en un primer capítulo se presentan las principales fuentes de información - relativas al consumo de drogas- existentes en la actualidad, y se valoran tanto sus alcances como sus limitaciones para la realización de la investigación aquí propuesta.

Por ello, en un segundo capítulo, con base en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), se presenta una revisión de las tendencias de consumo de drogas ilícitas en Tijuana (1998) y Baja California (2008), mientras que en el tercer capítulo, con base en la información aportada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se identifican los patrones de consumo – frecuencia, tipo de droga y cantidad de drogas- y el perfil– prevalencia, sexo y edad- de los consumidores, para la ciudad de Tijuana, Baja California, en el periodo 1998-2008.

Considerando dicha información y asumiendo las limitaciones de la misma, en el cuarto capítulo se presenta una propuesta de estimación de las necesidades de atención terapéutica para farmacodependientes en la ciudad de Tijuana, Baja California. Naturalmente, en la medida en que se disponga de información más precisa y estadísticamente representativa que permita un mejor conocimiento de las transformaciones en los perfiles de consumo de la localidad, las necesidades de atención podrán ser evaluadas también de manera más completa.

En el quinto y último capítulo de esta tesis, se presenta la información relativa a la oferta terapéutica existente considerando, por una parte, la magnitud de dicha oferta y por otra, algunas de las características principales de la atención ofrecida, distinguiendo la oferta existente para varones de la ofrecida a mujeres, así como el grupo de edad –menores de edad y adultos.

Finalmente en el apartado de las conclusiones, se comparan las necesidades de atención estimadas con la oferta terapéutica identificada.

De esta manera, y a pesar de las inevitables limitaciones derivadas, entre otros aspectos, de las características de la información disponible, confiamos en que el estudio aquí presentado pueda contribuir a conocer con mayor precisión la relación existente entre los perfiles y patrones de consumo de drogas ilícitas, las necesidades de atención que producen y la oferta terapéutica existente. Identificar las discrepancias y concordancias entre las necesidades reales y la oferta terapéutica existente constituye, sin duda, un paso importante para el diseño de políticas en salud pública más eficientes.

I. EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN BAJA CALIFORNIA.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y FUENTES DISPONIBLES.

En las últimas décadas el consumo y abuso de drogas ilegales se ha convertido en un grave problema de salud pública, que ha dado lugar a distintas investigaciones que buscan proponer una solución. Asimismo, se han producido diversas fuentes de información que -en distintas escalas- permiten conocer algunas características del consumo de drogas y sus transformaciones. Naturalmente, cada una de dichas fuentes de información presenta ventajas y limitaciones (Tapia, 2007).

A continuación, en un primer apartado, vamos a señalar brevemente algunas de las perspectivas de análisis que han predominado en la materia, especificando la orientación que ha sido elegida para esta tesis. En seguida, se presentarán las principales fuentes de información disponibles a nivel nacional, estatal y local, destacando las que han sido seleccionadas por su relevancia para el análisis aquí propuesto.

1.1. Perspectivas teóricas en el estudio del consumo de drogas ilegales.

El consumo de drogas ilegales se ha estudiado desde diversas perspectivas teóricas. La historia misma nos muestra la primera de estas perspectivas, en donde se puede mencionar el trabajo realizado por Guerra, (2009), el cual refiere el consumo como una característica esencial del ser humano, destacando la diversidad de usos, que pueden ser tanto medicinal como ritual o recreativo.

Desde la perspectiva de la sociología, destacan autores tales como Romaní (1997), quien aborda el tema, destacando lo que él define como: "los tres paradigmas sobre el consumo de drogas, el modelo jurídico-represivo, el modelo socio-cultural y el modelo médico-sanitarista".

El modelo jurídico-represivo, en el cual el individuo es estigmatizado y señalado, constituyendo el sistema de represión y control social (Romaní, 1997).

El modelo socio-cultural que de acuerdo a Romaní (1997) se basa en diversos estudios antropológicos realizados en los años cincuenta y sesenta del siglo XX muestra la diversidad

de significados y usos que las drogas pueden representar en distintos sistemas culturales. Insiste en que esta perspectiva permite realizar un análisis profundo y complejo en el consumo en distintos grupos y contextos que conforman a una sociedad.

Por último pero no menos importante, el modelo médico-sanitarista, que se caracteriza por considerar al consumidor como enfermo el cual debe ser sanado (Romaní, 1997:39-65).

González Reyes, 2009, hace referencia a los acontecimientos en el estado de Baja California, enfatizando en el tráfico de drogas y la redistribución de sustancias a través del narcomenudeo incrementando el consumo, de igual forma realiza un análisis entre las distintas disciplinas que abordan el tema, destacando el modelo médico, además de presentar un análisis sobre la atención que predomina en la "rehabilitación" del farmacodependiente, haciendo mención de la falta de un tratamiento acorde a las características sociales y demográficos del enfermo. Ramos, (2009), nos explica cómo ha sido el desarrollo del consumo desde el ámbito fronterizo, especialmente la relación tan estrecha que existe con el vecino país en cuestión de consumo y tráfico de estupefacientes.

Desde la perspectiva epidemiológico podemos mencionar a Zúñiga, (1990), en los trabajos realizados sobre el consumo de drogas en el estado de Tamaulipas, en los que encuentra un incremento en el consumo. Además de citar a Medina-Mora, 1997, 1998, 2001, 2003, con su amplia experiencia sobre el tema, partiendo de las encuestas realizadas en las que percata las drogas de mayor consumo en la región fronteriza, como la heroína y la metanfetamina, y sobre todo haciendo propuestas en relación a los factores que influyen en el consumo, aludiendo a que el estudio debe de ser multidisciplinario.

Y desde la mirada de la antropología-médica, podemos señalar los estudios realizados por Menéndez, 1997, 1998, 2007, 2010, entre otros. Abordando el consumo del alcoholismo desde en un marco histórico-cultural y los modelos terapéuticos en los grupos de Alcohólicos Anónimos¹(A.A), en relación al trinomio salud-enfermedad-atención, destacando los procesos de ésta población.

¹ Si bien es cierto que Menéndez aborda el alcoholismo, para la presente tesis haremos uso de su experiencia para referirse al consumo de drogas, principalmente porque los Centros de Rehabilitación toman como base el programa de A.A.

Por otra parte, conviene mencionar los trabajos de Michel Foucault (1976, 1977, 1984, 2001) por la relevancia de sus críticas a la medicina, así como su planteamiento relativo a las implicaciones del funcionamiento de la industria farmacéutica –y la medicina en general- en el desarrollo de la medicalización de sustancias y la clasificación que les da a las personas de anormales por no cumplir con las leyes establecidas por el sistema.

Es también relevante el trabajo de Escohotado (1986, 2002) en el cual nos hace una cronología del consumo de las drogas, sus efectos, tanto placenteros como las secuelas que se presentan en el consumidor al hacer un mal uso o abuso de las mismas y creando una dependencia a sustancias.

Además, conviene mencionar a Astorga (1995, 2003) con su recreación de los hechos que han marcado el consumo y la transformación en el uso de sustancias psicoactivas, por parte de las industrias farmacéuticas. Aunado a ello, nos muestra los inicios del tráfico de drogas a través de la frontera entre Tijuana y San Diego a principios del siglo XX, marcando una tendencia que sigue vigente, el trasiego de sustancias por esta ciudad fronteriza.

Si bien es cierto, como se menciona con anterioridad, existen diversas posturas en torno al estudio de las drogas, es menester insistir en que la tesis será abordada específicamente desde la perspectiva de la salud pública. Asimismo, conviene insistir en que esta tesis se centra en el estudio de drogas ilegales, ya que, por ser sustancias prohibidas y por su connotación de ilegales que vienen dadas por las políticas prohibicionistas y que difieren de las drogas legales. Es conveniente comentar que la connotación de drogas ilegales que conocemos en la actualidad, tiene su antecedente en la llamada Ley Harrison, de 1915, en la cual se establece que el consumo de sustancias psicoactivas es regulado por el Estado, siendo necesaria la prescripción médica para su consumo (Escohotado, 1986). Si bien esta Ley tiene su origen en los Estados Unidos, ejercerá una influencia notable a lo largo del tiempo, en diversos contextos geográficos.

Como podemos observar, existe una variedad de perspectivas teóricas disponibles para el estudio, los cuales pueden enriquecer el estudio de los resultados obtenidos a partir de las bases de datos existentes.

En el siguiente apartado se analizarán algunas de estas fuentes para el estudio propuesto.

1.2. Fuentes disponibles para el análisis del consumo de drogas en México.

Debido a diversos factores, el consumo de drogas ha sido un problema que ha preocupado a diversas instituciones, tanto a nivel mundial (OMS), como en nuestro país (SSA). Con la finalidad de conocer de manera más precisa este problema, en México se han realizado diversos esfuerzos por producir bases de datos que permitan conocer aspectos tales como la prevalencia en el consumo de drogas, el tipo de sustancias consumidas y el perfil de los consumidores.

En particular, es desde la década de 1970 cuando instituciones gubernamentales se preocuparon por conocer la magnitud y algunas de las características principales del consumo.²

Ahora bien, producir desde el Estado la información estadística relativa a una práctica sancionada por la ley, presenta diversas dificultades metodológicas.

En particular, es importante señalar que, al abordar el estudio de la información contenida en bases de datos que abordan prácticas ilegales y/o estigmatizadas, es necesario considerar que quienes responden –en este caso los usuarios de drogas ilícitas- pueden sentir desconfianza para declarar verazmente la información requerida, no solamente por las implicaciones jurídicas de ejercer una práctica ilegal, sino por la estigmatización que se tiene hacia la población consumidora (Paris, Pérez, Medrano, 2010). En consecuencia, es necesario considerar que es probable que en la información recabada haya un **sub-registro**.

Pese a lo anterior, con el paso de los años se ha logrado ir afinando la metodología empleada, diversificando las fuentes de indagación y acumulando información histórica, de manera que hoy en día puede contarse con averiguaciones útiles para conocer algunas características relevantes de este fenómeno, así como algunos aspectos de su transformación que se han venido presentando en las últimas décadas.

² Esto se dio en gran parte, por el crecimiento del consumo en algunas ciudades del país. Es en esos años, cuando inició sus servicios el Centro de Integración Juvenil en la ciudad de Tijuana, Baja California y en algunas otras ciudades de la República Mexicana (SSA, 2008).

Naturalmente, cada fuente es elaborada con objetivos y metodologías específicos, por lo que cada una presenta ventajas y desventajas para los fines de la presente investigación.

Para conocer de manera más específica la naturaleza y el alcance de las fuentes disponibles, a continuación se presentan brevemente los antecedentes más importantes, para desarrollar enseguida las dos principales fuentes con cobertura nacional que existen en la actualidad y que fueron retomadas para la elaboración de esta tesis.

1.2.1. Antecedentes.

La Secretaría de Salud, que se encarga de recopilar la información tanto cualitativa como cuantitativa, respecto al consumo de drogas y visualizando el aumento en el uso de sustancias, se ha visto en la necesidad de realizar investigaciones para tener datos concretos sobre la población consumidora en México en general, y en algunas entidades específicas – como Baja California. Como ya se ha mencionado, esto se debe en parte a que históricamente este estado –y la ciudad fronteriza de Tijuana en particular- ha presentado altos índices de consumo, además de tener antecedentes de ser uno de los principales cruces de droga ilegal hacia los Estados Unidos (Ramos, 2009)

En la década de 1960 y principios de 1970, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, diseñó algunas estrategias para erradicar el consumo, por medio de investigaciones realizadas para la obtención de información oportuna para el conocimiento del comportamiento de la población.

Ante esto, se analizarán las principales fuentes disponibles:

- *Encuesta Nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar del D.F.*

Se trata de un esfuerzo realizado conjuntamente por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) en la cual se encuestó con muestras representativas de la población estudiantil de preparatoria y de la Universidad del Distrito Federal, para poder obtener la prevalencia en el consumo de drogas ilícitas, así como de la percepción de riesgos asociados al abuso. La Encuesta, que ofrece información para los años 1976, 1986, 1991 y 1997, cubre las 16 delegaciones y alcanza una magnitud de más de 12,000 estudiantes para las dos últimas encuestas realizadas.

- Tendencias del consumo de drogas en la Ciudad de México.
Esta fuente de información fue diseñada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) en 1986 y es implementado por el Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). Los informes publicados registran las tendencias del consumo de drogas en la Ciudad de México a través de los datos proporcionados por 44 instituciones de Procuración de Justicia y de Salud. Evaluando el fenómeno durante los meses de junio y noviembre de cada año y hasta el 2007 se produjeron 18 reportes. Entre los participantes en el SRID, destaca la Procuraduría General de Justicia del D.F. (PGJDF) y el Centro de Integración Juvenil (CIJ).
- Registro de información de los Centros de Integración Juvenil (CIJ).
Los Centros de Integración Juvenil, iniciaron sus servicios en el año de 1969 debido a la preocupación de la población por proveer atención a farmacodependientes, esto fue posible con apoyo del gobierno mexicano, realizando estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas a partir de la información aportada por pacientes de primer ingreso, además de contar con un sistema de registro de información que ha permitido conocer importantes tendencias en el uso de sustancias psicoactivas en nuestro país. Entre otros aspectos, los registros del CIJ identifican la droga de inicio y la droga de impacto permitiendo así una mejor comprensión de este fenómeno. El objetivo del estudio es contribuir en la producción de información sobre el consumo de drogas para lograr la reducción en el consumo, con la participación de la comunidad, a través de programas de prevención y tratamiento. Actualmente se cuenta con un total de 78 unidades distribuidas en todo el territorio nacional de los cuales, tres se encuentran en el estado de Baja California, dos de ellos en la ciudad de Tijuana y otra más en la capital, Mexicali (Tapia, 2007).
- El registro del consumo de drogas en los casos atendidos en servicios de urgencias de ciudades de alto riesgo.

Elaborado por el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), aporta también información útil vinculada al consumo de sustancias psicoactivas. Este registro se ha desarrollado desde 1997. También dentro del IMSS se han realizado otras

investigaciones que han abordado la situación del consumo de sustancias adictivas en el medio laboral. La información se encuentra en los Centros de Información sobre Adicciones, ubicados en diferentes instituciones del Seguro Social.

A pesar de que las fuentes nos proporcionan información valiosa, es solo hasta la creación de la ENA y del SISVEA que se puede contar con información sistemática, con cobertura nacional, y comparable en el tiempo.

Debido a la importancia de estas dos fuentes, que parten de objetivos disímiles y tienen características diferenciadas, a continuación las presentaremos detenidamente.

1.2.2.- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA).

La Encuesta Nacional de Adicciones tiene como antecedente las diversas investigaciones realizadas en la década de 1970, mencionadas con anterioridad, en las cuales se identificaba el crecimiento de la población consumidora de drogas ilegales, siendo los responsables directos de la información, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), la Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), las cuales son dependientes de la Secretaría de Salud (SSA). Asimismo, el Sector Salud agregó iniciativas para prevenir el consumo, disminuir el número de consumidores, mitigar el daño causado por el abuso de sustancias y proporcionar información y tratamiento a los consumidores con problemas adictivos, esto como parte de la reducción de la demanda de consumo. Entre los años de 1974 a 1986 se llevaron a cabo encuestas en hogares de diversas ciudades por parte del actual Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

La ENA fue aplicada por vez primera en el año de 1988; fue con una población de 12 a 65 años de edad, en localidades con 2,500 habitantes o más, bajo un muestreo aleatorio probabilístico. Se trataba del primer esfuerzo por obtener información con cobertura nacional, con representatividad estadística, dividiendo el territorio nacional en tres regiones: Norte, Centro y Sur de México.

En el segundo levantamiento de la encuesta, que se llevó a cabo en el año de 1993, se siguió la misma metodología y se mantuvo la regionalización antes mencionada, pero se

amplió la cobertura, alcanzando también una representatividad estadística para algunas ciudades específicas, entre ellas Tijuana, Baja California.

Sin embargo, para el año de 1998, fecha del tercer levantamiento, la preocupación por el incremento en el consumo de drogas motivó una modificación en las características de aplicación para lograr un mejor conocimiento del fenómeno a nivel nacional. Así, entre los objetivos trazados destaca la evaluación de la prevalencia del uso de drogas, tanto médicas como no médicas, alcohol y tabaco, y la evaluación de las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco en una muestra representativa de la población urbana de México (ENA, 1998).

Nuevamente la encuesta se llevó a cabo con base en muestras probabilísticas de individuos de 12-65 años que residían en zonas urbanas con una población mayor a 2,500 habitantes por localidad, permitiendo distinguir los datos correspondientes a la población adolescente (12-17 años) de los adultos (18-65 años). Este levantamiento conservó la división regional (Norte, Centro y Sur), pero logró además la representatividad estadística para tres ciudades de la frontera norte (Tijuana, Baja California; Cd. Juárez, Chihuahua y Matamoros, Tamaulipas), así como de tres grandes áreas metropolitanas (Cd. de México, Guadalajara, Jalisco, y Monterrey, Nuevo León.). El tamaño de la muestra fue de 12,015 entrevistas completas y 1,273 fueron registradas sin respuesta. Utilizando la información del Censo de Población de 1995 se empleó un diseño estratificado y multietápico, con una selección de localidades, manzanas y segmentos de manzanas obteniendo la información de todos los hogares en los segmentos seleccionados y escogiendo la muestra de entrevistados en cada casa.

La cuarta edición de la ENA, realizada en el año del 2002 presenta algunas modificaciones importantes: la periodicidad entre la 3ra y 4ta encuesta fue de cuatro años, además de que se realizó por medio de la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente Muñiz y la Dirección General de Epidemiología (DGE), en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Otra modificación importante fue que, por primera vez, el estudio consideró también a la población de áreas

rurales. En esto, es importante señalar que los datos correspondientes a este levantamiento no son totalmente comparables con los anteriores.

El paso de la cuarta a la quinta edición (2008) significó nuevamente algunos cambios importantes, ya que para esta encuesta, se buscó ampliar la representatividad para las entidades federativas, logrando también, esa característica para la población rural nacional. Esta modificación se plasma en los objetivos que se trazaron:

- Evaluar la prevalencia del uso de drogas tanto médicas (consumidas fuera de prescripción) como no médicas, alcohol y tabaco en los ámbitos nacional y estatal.
- Evaluar las tendencias en el consumo de sustancias en una muestra representativa de las poblaciones urbana y rural del país (ENA, 2008).

Nuevamente, la población entrevistada estuvo constituida por adolescentes de 12-17 años de edad y adultos de 18-65 años, tomando como base un diseño muestral aleatorio probabilístico y polietápico de conglomerados, con un total de 50,688 viviendas en todo el país. Otro cambio importante estriba en que en esta ocasión se incluyó en el estudio, la percepción de la población con relación al consumo de drogas, construyendo así una fuente de información de la mayor importancia para identificar las necesidades de atención, tanto en lo relativo a la prevención como a la rehabilitación. Otro aspecto que conviene destacar para los fines de la presente investigación, consiste en que a partir de la ENA 2008 pueden identificarse –además de las frecuencias de consumo–, la percepción de los propios usuarios relativa a los problemas experimentados, derivados del uso de sustancias psicoactivas. Como se verá en el capítulo cuatro de esta tesis, esta información resulta de la mayor relevancia para la identificación de las necesidades reales de tratamiento en los farmacodependientes.

Desafortunadamente, en cambio, para este último levantamiento, si bien la información aportada es representativa para el estado de Baja California, no es posible desagregar la información relativa a la ciudad de Tijuana, por lo que no es factible observar las transformaciones que tuvieron lugar en dicha localidad desde el anterior levantamiento (ENA, 1998)

Es por ello que, para los fines relativos a este estudio, es necesario complementar la información correspondiente a Tijuana para el año 2008, recurriendo a otra fuente de la mayor importancia: El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). No obstante, como se verá más adelante, la información aportada por la ENA y el SISVEA no presentan las mismas características, ya que la ENA, es una muestra representativa de la población del estado, mientras el SISVEA maneja información relativa a casos que solicitan atención en los centros de rehabilitación. Sin embargo son complementarias ya que en ambas fuentes se estudia la problemática del consumo de drogas.

En seguida se presentan las características principales de esta otra fuente de información.

1.2.3- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) surge dentro de la Dirección General de Epidemiología perteneciente a la Secretaría de Salud. Inició sus actividades en el año de 1990 respondiendo a la preocupación por el incremento del consumo de drogas en el país, así como de la falta de información relativa a las adicciones.

El sistema tiene como prioridad la recolección de información relacionada con el problema del consumo de drogas. Esto es para poder evaluar e implementar acciones en torno a la salud pública. Las principales instituciones que colaboran aportando datos son: los centros de tratamiento gubernamentales (CIJ), centros de tratamiento no gubernamentales (ONG), consejos tutelares de menores, servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel de atención de emergencias médicas y de los servicios médicos forenses.

Es importante destacar que, a diferencia de la ENA, cuyo objetivo es producir información relativa a la población total, el SISVEA busca ampliar la información relativa al consumo de drogas, centrando la atención en aquellos centros que concentran población que solicita atención por problemas asociados a dicho consumo. Consecuentemente, la información producida no busca una representatividad estadística, sino un conocimiento más profundo de un fenómeno particular.

A partir de su creación, el SISVEA ha realizado la difusión oportuna de los datos a nivel nacional, así como de información relevante a nivel estatal y de algunas ciudades seleccionadas (Ciudad SISVEA³).

En el siguiente cuadro (1) se da un panorama en torno al proceso de recolección de la información.

Características de las fuentes disponibles para el estudio del consumo de drogas en la ciudad de Tijuana Baja California en el periodo 1998-2008.

Fuente	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
/Año											
ENA	Nac.				Nac.						Nac.
	Reg.				Reg.						Reg.
	Mun.				Mun.						Est.
SISVEA	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.
	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.	Edo.
	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.	Mun.

Cuadro 1.1 Fuente: Elaboración Propia con información de la ENA y el SISVEA

Entre las ventajas que podemos señalar en los informes del SISVEA están la continuidad del sistema, así como el contar con datos locales, lo cual nos beneficia para el estudio que aquí se expone. De las desventajas que se deben considerar, se puede mencionar que la información que los centros de integración juvenil proporcionan es diferente a la proveniente de los centros de rehabilitación de las organizaciones no gubernamentales, debido a los distintos enfoques, recursos con los que trabaja cada uno de ellos, así como la población que se atiende.

Características representativas de las fuentes disponibles para el estudio del consumo de drogas en Tijuana, Baja California, en el periodo 1998-2008.

³ Son ciudades seleccionadas por sus características sociodemográficas y geográficas, representando un alto riesgo. En Baja California se encuentran tres de ellas, Mexicali, Ensenada y Tijuana (SISVEA, 2002)

FUENTE	OBJETIVO	MUESTRA
<p>Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998).</p> <p>Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la prevalencia del uso de drogas, tanto médicas como no médicas, alcohol y tabaco. - Evaluar las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco en una muestra representativa de la población urbana de México. - Evaluar la prevalencia del uso de drogas, tanto médicas (consumidas fuera de prescripción) como no médicas, alcohol y tabaco en los ámbitos nacional y estatal. - Evaluar las tendencias en el consumo de sustancias en una muestra representativa de las poblaciones urbana y rural del país. 	<p>Se obtuvo una muestra de 12,015 entrevistados a nivel nacional y dividido en tres regiones, NORTE, CENTRO Y SUR. Teniendo como objeto de estudio, la población de 12-65 años de edad que habitará en localidades con más de 2,500 habitantes.</p> <p>En el 2008, se obtuvo una muestra de 50,688 viviendas de todo el país, entrevistando a la población adolescente de 12-17 años de edad y adultos de 18-65.</p> <p>Además se incluyó la percepción de la población en relación al problema de la farmacodependencia, el cual facilita definir las necesidades de prevención, índices de consumo, etc., orientando sobre las necesidades de tratamiento en esta población.</p>
<p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 1998).</p> <p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2008).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener actualizado el diagnóstico del consumo de drogas, mediante la recopilación sistemática, en diversas fuentes institucionales. - Conocer el panorama de uso de sustancias adictivas en la República Mexicana 	<p>Se tomó la información de los Centros de Integración Juvenil, de Centros de Tratamiento no Gubernamental, Mortalidad y Morbilidad asociada al consumo de Drogas, Detenidos por delitos contra la Salud y Menores Infractores.</p> <p>1 - Se obtienen datos de los centros de tratamiento y rehabilitación operados por las ONG's, así como por parte de los CIJ.</p> <p>2 - De Consejos tutelares de menores (CTM).</p> <p>3 - De Servicios Médicos Forenses (SEMEFO).</p> <p>4 - Los servicios de urgencia en hospitales, donde se recopilan datos sobre la relación entre consumo de drogas e ingreso a estos servicios.</p>

Cuadro 1.2 Fuente: Elaboración Propia con información de la ENA y el SISVEA.

Es necesario insistir en que, aunque la Encuesta Nacional de Adicciones y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones no manejan la misma información, debido a la metodología empleada y a la población que se trata en cada una de ellas, sirven como referencia para realizar el estudio propuesto, ya que ambas están orientadas al estudio del consumo de drogas ilegales.

Teniendo como referencia las diversas fuentes que han estudiado el problema epidemiológico en relación al consumo de drogas ilegales, podemos concretizar en la selección de la información, de la cual nos apoyaremos en este estudio. En el siguiente capítulo abordaremos a detalle las características de consumo de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el 2008.

II. EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN TIJUANA (1998) Y BAJA CALIFORNIA (2008) CON BASE EN LA ENA.

Como se mencionó en la introducción, el objetivo del presente trabajo consiste en estudiar la transformación en el **consumo** de drogas ilegales, las **necesidades de atención** del consumidor con uso problemático, así como la evolución de **la oferta terapéutica** ofrecida en la ciudad de Tijuana, Baja California entre 1998-2008. Para ello, en este capítulo se analizarán, con base en la ENA, algunas características de los patrones de consumo de drogas ilegales, y del perfil de los usuarios de las mismas, en Tijuana (1998) y en el estado de Baja California (2008).

El concepto de patrones de consumo hace alusión a las características en el uso de drogas ilegales que presentan los (as) individuos (as) (OPS, 2009) Si bien puede haber un sin número de características identificables, para los fines de este trabajo se seleccionaron aquellas que tendrán mayor relevancia para la identificación de usos problemáticos, que a su vez producirán necesidades de atención especializada.

Así pues, para abordar los patrones de consumo en este estudio se enfocará específicamente en la **frecuencia** con la que se consumen sustancias ilícitas, la **cantidad de sustancias** consumidas (distinguiendo monousuarios de poliusuarios) y el **tipo de sustancia(s)** utilizada(s).

De esta manera, el estudio de los **patrones** de consumo puede contribuir a identificar las necesidades de atención específicas. Así por ejemplo, como se verá más adelante, la frecuencia en el consumo permitirá distinguir a quienes consumieron drogas ilegales "alguna vez en la vida" -sin que ello necesariamente haya derivado en procesos adictivos- de quienes reportan haber consumido en los últimos 12 meses. Así mismo el tipo de droga empleada, y el uso de una sustancia o más de una, pueden ser indicativos de patrones de consumo más o menos problemáticos.

Por otra parte, en este capítulo se observarán, a partir de la ENA, algunas características específicas en el **perfil** de la población consumidora, específicamente la prevalencia y su distribución por sexo y edad, con la finalidad de relacionarlas, en el último

capítulo de la tesis, con la oferta terapéutica existente, misma que se dirige específicamente a algunos grupos poblacionales, excluyendo a otros.

Conocer las características sociodemográficas de la población que requiere atención especializada, puede contribuir a diseñar políticas públicas de salud específicas, que se adecúen a la misma. Así, conocer -además de la prevalencia- su distribución por sexo y grupo de edad resulta un primer paso relevante.

Sin duda es cierto que el estudio de otras variables del perfil sociodemográfico de los usuarios de drogas, relacionadas con el aspecto económico, cultural, o social, pueden ser relevantes para una mejor comprensión de éste fenómeno. Pese a ello, tales variables no fueron incluidas aquí, debido -principalmente- a que rebasan las posibilidades de este trabajo, ya que resulta imposible relacionarlas de manera directa con las características de la oferta terapéutica existente.

Conviene recordar, tal como se mostró en el capítulo precedente, que la ENA aporta datos estadísticamente representativos para Tijuana únicamente en el levantamiento de 1998, sin que sea posible desagregar la información relativa a esta localidad -con respecto a la presentada para el estado de Baja California- en la base de datos del 2008.

Pese a ello, como se verá a continuación, es posible -y resulta útil- identificar las principales características en los patrones de consumo y perfiles de los consumidores, como se definieron con anterioridad, para Tijuana (1998) y Baja California (2008).

A continuación se presenta dicha información.

2.1. Perfiles y patrones de consumo de drogas ilegales en Tijuana, Baja California, con base en la Encuesta Nacional de Adicciones (1998)

Con relación a la transformación de patrones y perfiles de consumo, conviene destacar que el sector salud, a través de investigaciones realizadas en estas últimas décadas se ha percatado del incremento en el consumo de drogas, principalmente en las entidades de la frontera norte.

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, se reportó a la ciudad de Tijuana con una prevalencia de consumo en el último año de 2.02 por ciento. En 1998 se presentó el consumo más alto de todo el país, con el 4.39 por ciento del consumo en el último año, siendo 2.8 veces mayor al promedio nacional y casi 2.5 veces superior al consumo en el último año en Ciudad Juárez, esto siendo parte de la misma región Norte (ENA, 1998).

Para la encuesta realizada en 1998, se ratificó a la ciudad de Tijuana con la más alta prevalencia en el país, con el 14.73 por ciento de consumo alguna vez en la vida, incluso más elevado en comparación con otra ciudad fronteriza, como lo es en el caso de Ciudad Juárez donde se reportaba el 9.20 por ciento de consumidores de drogas ilegales alguna vez en la vida, siendo parte de la misma región Norte. Por su parte en la región Centro, Guadalajara tenía una prevalencia de 7.50 por ciento y la Ciudad de México con el 7.28 por ciento de consumo alguna vez en la vida (ENA, 1998).

Los resultados obtenidos en las regiones Norte y Centro fueron las de mayor prevalencia en relación al nacional, con 6.00 por ciento, 5.97 por ciento y 5.27 por ciento respectivamente (ENA, 1998).

Consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida

Regiones	1988	1993	1998
Nacional	3.33	3.90	5.27
R. Norte	3.70	4.92	6.00
R. Centro	3.58	3.71	5.97
R. Sur	2.50	2.29	2.69

Fuente: ENA, SSA, 1988, 1993, 1998

Aunado a la preocupación que puede surgir del incremento en la prevalencia en el consumo de drogas ilegales, otros cambios importantes en los patrones de consumo se perfilaban ya en el momento del levantamiento de 1998. Así por ejemplo, Medina-Mora (2001), hacía mención sobre "un brote epidémico de consumo de heroína en algunas regiones de la frontera norte y también han aparecido nuevas drogas como las meta-anfetaminas" (Medina-Mora, 2001:1).

Es importante hacer mención de la información con la que se cuenta, destacando la prevalencia de consumo, por sexo y edad para la ENA (1998), en la cual, se contaba, para la ciudad de Tijuana, Baja California, con una prevalencia de 4.39 por ciento en el último año, sobresaliendo la prevalencia de consumo del sexo masculino con el 9.37 por ciento en el último año y del 0.54 por ciento del sexo femenino en el último año. Cabe destacar que no se cuenta con información relativa al consumo de drogas por edad en este año.

Con relación a los patrones de consumo, es conveniente mencionar que los tipos de drogas consumidas y reportadas no incluyen a los estimulantes tipo anfetamina, que resultará de particular importancia, si se le compara con los datos obtenidos en el 2008.

2.2. El consumo de drogas ilegales en Baja California en 2008 con base en la ENA.

La metodología que se empleará para la obtención de los datos cuantitativos, será en un período de tiempo transversal a través de la base de datos de la ENA-2008, de la cual se sacará la población consumidora del estado, así como la prevalencia de consumo alguna vez, en el último año y en el último mes.

En la encuesta del 2008 se realizaron algunas modificaciones en comparación con las anteriores, ya que en ésta se obtuvieron por primera vez datos representativos a nivel estatal, además de contar tanto población urbana como rural por primera vez, trabajando con un total de 50,688 viviendas distribuidas a lo largo de todo el país.

Además de incluir la percepción de la población en relación al problema, lo cual, de acuerdo a la ENA (2008), facilita definir las necesidades de prevención, los índices de consumo, así como los problemas que se asocian al uso de sustancias, esto nos orienta para percatarnos sobre las necesidades de tratamiento en los farmacodependientes¹ (ENA, 2008).

La prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 5.70 por ciento en el país, en comparación con el estado de Baja California, que presentó una prevalencia del 9.60 por ciento (ENA, 2008).

¹ www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html Consultado el 9 de enero de 2012.

Es necesario especificar que en este estudio se analizó únicamente la información de los encuestados en la ENA 2008 que declararon haber consumido drogas en el último año. Esto, con el fin de obtener datos acerca de las necesidades de atención de usuarios que podrían tener mayor probabilidad de uso problemático de drogas.

Conviene recordar que la población del estado de Baja California ha presentado un incremento notable por ser un receptor de inmigrantes, tanto de paso, que van hacia el vecino país, como otros que tienen como destino esta región fronteriza, y aquellos que son deportados de los Estados Unidos hacia los estados fronterizos del México.

En la ENA 2008, se visitaron 1,534 viviendas en el estado de Baja California, con 1097 entrevistas realizadas y una tasa de respuesta global del 76.6 por ciento (ENA, 2008). Estos datos nos arrojan información oportuna para comprobar el porcentaje de consumo en el estado fronterizo. Esto, a pesar de no contar con antecedentes realizados en el estado de Baja California, ya que como se ha mencionado con anterioridad, en las encuestas realizadas de 1988 hasta el año del 2002, se utilizaron metodologías que permitían analizar el consumo a nivel nacional, regional y en algunas ciudades, pero no a nivel estatal. La mayor prevalencia de la región se ha dado en gran parte, debido a los registros elevados de consumo en la ciudad de Tijuana - (ENA-BC, 2008:15).

El siguiente cuadro (2.1) nos muestra la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en distintos estados de acuerdo a lo estimado por la ENA, 2008:

Región	Estado	Prevalencia
Región Norte	Baja California	9.6 %
Región Norte	Baja California Sur	8 %
Región Norte	Chihuahua	8.2 %
Región Norte	Tamaulipas	11.1 %
Región Norte	Sinaloa	6.6 %
Región Norte	Nayarit	7.6 %
Región Norte	Durango	8.2 %

Región Norte	Zacatecas	6.4 %
Región Centro	Hidalgo	9.2 %
Región Centro	Distrito Federal	8.5 %
Región Centro	Guanajuato	6.9 %
Región Centro	Querétaro	6.8 %
Región Sur	Quintana Roo	11.2 %
Región Sur	Tabasco	6.4 %

Cuadro 2.1. Fuente: ENA 2008

Al tener el estado de Baja California una de las mayores prevalencias de consumo a nivel nacional, es de vital importancia tener conocimiento de la estructura poblacional, con una especial concentración en la ciudad de Tijuana, que ha venido dando signos de crecimiento tanto en el consumo de drogas ilegales, como en la población local.

La población del estado de Baja California, al igual que la de la ciudad de Tijuana, ha tenido un crecimiento demográfico en los últimos 20 años. En 1990 los habitantes de Baja California eran 1, 630,516, de los cuales 733,893 (45 por ciento) habitaban en Tijuana. Para 1995 el volumen de crecimiento que se dio para Baja California fue de 4.3 por ciento, contra un 5.2 por ciento en la ciudad de Tijuana, aumentando a 2, 104,877 habitantes en el año para el estado. En el año 2000 la población estatal era de 2, 286,879 personas, un 3.9 por ciento de crecimiento. En el mismo año, en Tijuana había 1, 103,532 habitantes un 2.6 por ciento de crecimiento. Para el 2005 el estado contaba con 2, 649,762 habitantes mientras Tijuana tenía 1, 289,969 habitantes (48.7 por ciento de la población estatal). La tasa de crecimiento estatal fue de 2.4 por ciento, y la municipal de 2.7 por ciento. Para el último censo de población y vivienda (2010), se registraron 3, 155,070 personas en el estado y 1, 559,683 en la ciudad de Tijuana con una tasa de crecimiento de 2.2 por ciento y 4.1 por ciento respectivamente. En el municipio de Tijuana habitaba el 49.4 por ciento de la población del estado. Esto nos da una perspectiva del comportamiento poblacional en el cual se pone de manifiesto el rápido aumento demográfico en el estado de Baja California, así como la ciudad de Tijuana (Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI), 1990-2010).

Población del municipio de Tijuana, y Baja California, 1990-2010					
Año	Población		Porcentaje de la población estatal correspondiente al municipio de Tijuana	Tasa de crecimiento	
	Tijuana	Baja California		Tijuana	Baja California
1990	733,893	1,630,516	45%		
1995	987,005	2,104,877	46.89%	5.24%	4.30%
2000	1,103,532	2,286,879	48.25%	2.62%	3.90%
2005	1,289,969	2,649,762	48.68%	2.75%	2.40%
2010	1,559,683	3,155,070	49.43%	4.07%	2.20%

Cuadro 2.2. Fuente: Elaboración propia con información del INEGI

Como se mencionó con anterioridad, la metodología empleada para la obtención de los datos por parte de la ENA, tuvo una modificación entre 1998 y 2008. Debido a que en la información disponible para 2008 no se especifica con claridad a qué ciudad pertenece cada observación, no es posible desagregar la información existente para estudiar únicamente los patrones y perfiles de consumo en Tijuana, por lo que no es posible hacer una comparación a nivel ciudad entre 1998 y 2008.

A pesar de ello, debido a la concentración poblacional antes mencionada, se considera que las tendencias de cambio en los patrones y perfiles de consumo a nivel estatal, resultan indicativos para el caso de Tijuana y permiten contextualizar la evolución en las necesidades de atención para farmacodependientes.

En el siguiente apartado enfatizaremos en los perfiles de consumo para ir relacionando la información y poder analizar las necesidades de atención.

2.2.1.- Perfil de la población consumidora de drogas (prevalencia, sexo y edad) en Baja California, a partir de la ENA (2008).

A pesar de que el consumo de drogas se ha distinguido en las últimas décadas por el incremento y la diversificación de sustancias consumidas, como se verá más adelante, la distribución por sexo y edad de la población consumidora también ha presentado una transformación importante.

Asimismo, es relevante conocer la distribución por sexo y edad de la población consumidora. Al respecto González (2009) menciona que el género del consumidor es una variable relevante para comprender el comportamiento individual con respecto al consumo de drogas. Huidobro (2006) señala que tanto el sexo masculino como el femenino tienen diferencias tanto biológicas, neuronales y de comportamiento que influyen, de cierta manera, en que los hombres sean más propensos al consumo de sustancias debido a los roles sociales que adquieren, aunado a que las trayectorias de vida son distintas, de igual manera la enfermedad se presenta de forma diversa entre ambos géneros, ya que las sustancias funcionan como un sustituto para la adaptación a su realidad, similar al de una salida para la represión emocional constituyendo predominantemente su masculinidad (Huidobro, 2006).

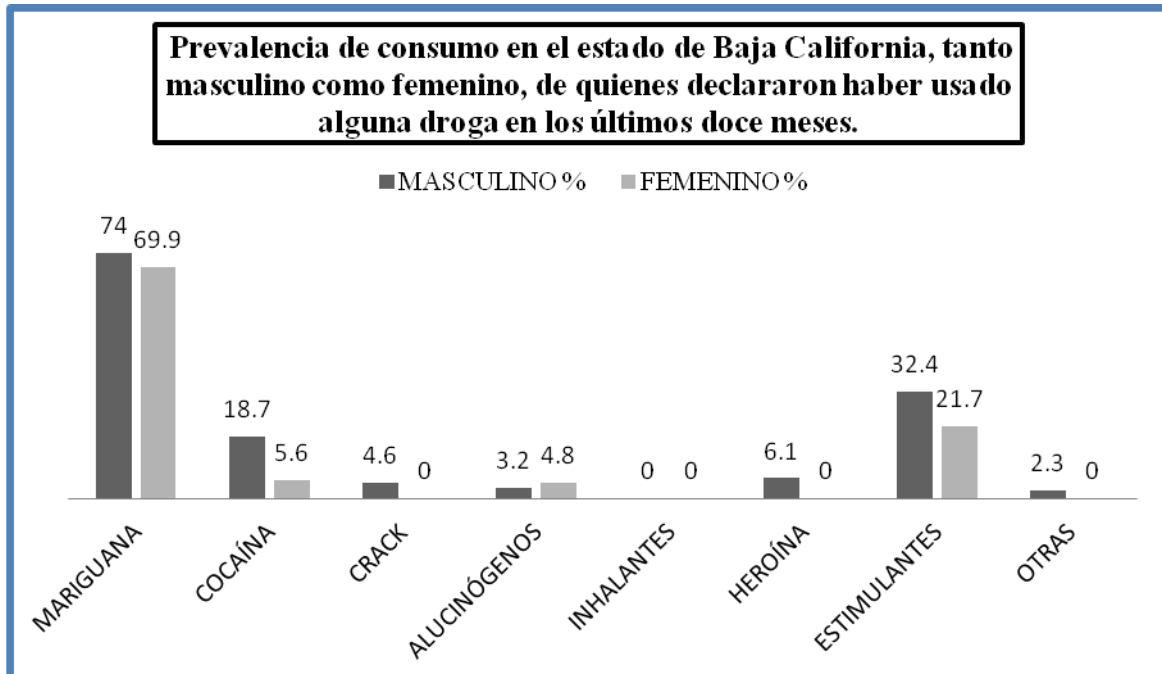
Sin embargo, en algunas drogas el consumo entre géneros no presenta grandes diferencias. Aunado a esto, se destaca la introducción de sustancias como las anfetaminas y metanfetaminas, de las cuales se derivan las drogas conocidas como cristal, ice, y éxtasis, entre otras², que se han caracterizado por dirigirse a un mercado tanto masculino como femenino, llegando a alcanzar un consumo importante tanto en hombres como en mujeres (ver datos más adelante). Esto ha generado un problema conjunto con el del uso de sustancias, ya que existe una gran diferencia entre los patrones de consumo entre hombres y mujeres (González, 2009), y resulta interesante observar que la diversificación de fármacos³ disponibles localmente genera nuevos patrones de consumo en donde el carácter femenino o masculino asociado a sustancias específicas es reconfigurado. Así, como veremos más adelante, existen drogas empleadas casi exclusivamente por varones, mientras que otras sustancias tienen una presencia importante en la población femenina.

En suma, es necesario identificar las diferencias que se pueden presentar en los patrones de consumo tanto de hombres como de mujeres, independientemente del carácter adictivo de una u otra sustancia. Esta información será un punto de referencia importante para comparar la atención, con las necesidades del farmacodependiente.

² Nombres que se le otorgan, a la metanfetamina en el estado de Baja California (González, 2011).

³ Del griego *phármakon*, "*Es una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez*" (Escohotado, 2002:12).

En la siguiente gráfica (1) se puede ver la prevalencia de consumo de diferentes drogas en el estado de Baja California, tanto en hombres como en mujeres, entre quienes declararon haber utilizado alguna droga en los últimos doce meses.



Gráfica 2.1. Fuente: Elaboración Propia con base en la ENA, 2008

Los resultados nos muestran los porcentajes en cada sustancia, destacando el consumo, tanto en el sexo masculino como en el femenino, de mariguana con el 74.0 por ciento y el 69.9 por ciento respectivamente, además del consumo de estimulantes tipo anfetamínico, siendo 32.4 por ciento en hombre y el 21.7 por ciento en las mujeres. Son drogas que consumen ambos sexos con frecuencias semejantes de acuerdo a los datos obtenidos.

Por otro lado de acuerdo a la información obtenida, la heroína es principalmente utilizada por hombres, de los cuales el 6.1 por ciento reportó haber consumido esa sustancia en los últimos 12 meses. En contraste un porcentaje mayor de mujeres (4.8 por ciento) que de hombres (3.2 por ciento) utilizó alucinógenos. Estos datos ilustran lo que se mencionó con anterioridad referente a que existen patrones diferentes en cuanto al tipo de sustancia utilizada por sexo. Cabe destacar que en ambos casos se hace referencia a quienes declararon haber consumido alguna droga en el último año, y no a la población general.

2.2.2. Patrones de consumo de drogas ilegales (frecuencia, tipo de sustancia y cantidad de drogas) en Baja California en 2008 con base en la ENA.

En las encuestas realizadas con anterioridad se veía cómo la prevalencia de consumo en esta región era elevada, en comparación con el resto del país, tomando como referencia la ciudad de Tijuana, la cual tuvo 14.73 por ciento de prevalencia de consumo a lo largo de la vida en el año de 1998 (la más alta a nivel nacional). Si bien los datos de la ENA 2008 no permiten conocer resultados locales, puede destacarse que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida entre la población total del estado fue de 9.6 por ciento, en comparación con la prevalencia nacional, que fue de 5.7 por ciento en el año del 2008.

Por lo cual, la información proporcionada por la ENA nos permite ver y analizar los patrones de consumo tanto frecuencia, tipo de sustancia y periodicidad del uso de la droga. Esto será analizado con detenimiento en apartados posteriores.

2.2.2.1.- Frecuencia en el consumo: Prevalencia de consumo en el último año por tipo de droga, en el estado de Baja California (ENA, 2008).

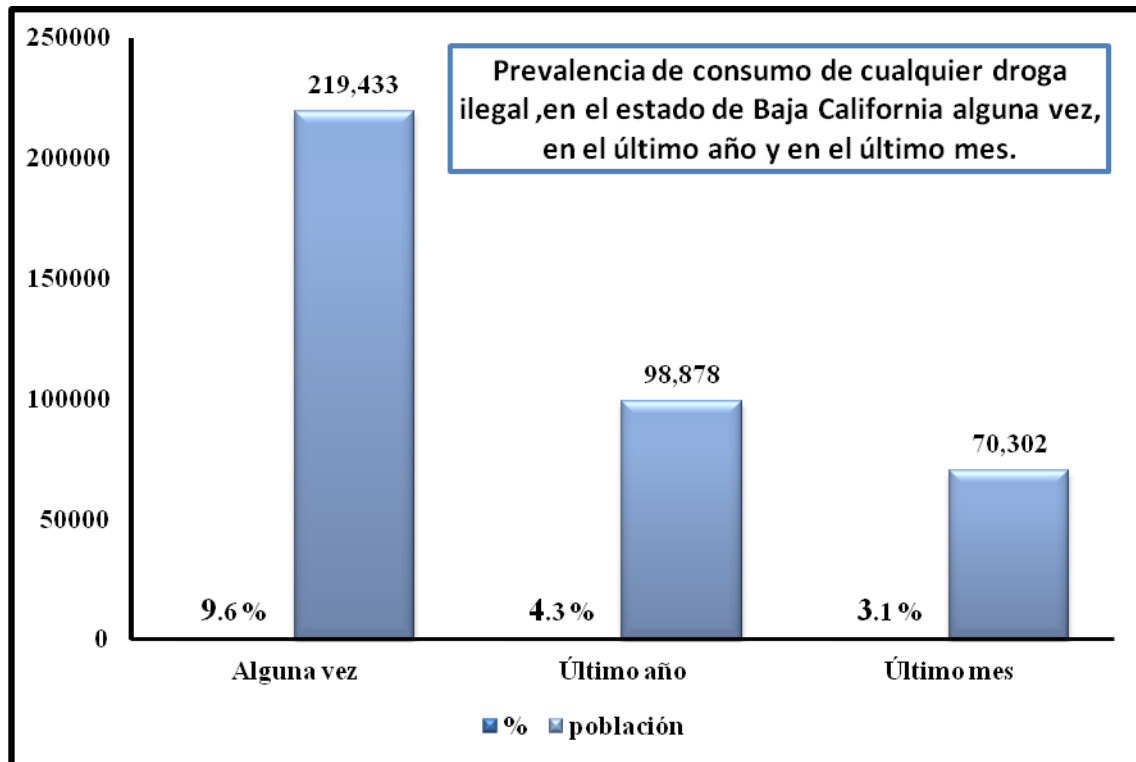
Como se ha mencionado con anterioridad, el consumo de drogas ilegales en el estado de Baja California ha cambiado. En los levantamientos anteriores al 2008, podía observarse un incremento acelerado en la prevalencia en la ciudad de Tijuana. Sin embargo, debido a que el levantamiento del 2008 emplea escalas de análisis diferentes, no es posible comparar estos datos con los anteriores, para identificar la tasa de incremento en la prevalencia. En cambio, si es posible identificar, para el año 2008, la proporción poblacional que declara haber consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida, en el último año, o con una periodicidad mayor.

En este apartado, se presentará la información relativa a la prevalencia de consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes.

Para obtener los datos requeridos, se tomó la muestra representativa del estado de Baja California, siendo 1414 personas, de las cuales el 48.7 por ciento fueron del sexo masculino y el 51.3 por ciento del sexo femenino. De ellos, 61 personas declararon haber

consumido drogas en el año del 2007. Posteriormente se utilizaron los datos ponderados, siendo $n = 2,286,793$ personas viviendo en el estado, lo que representa el 100 por ciento.

En la siguiente gráfica (2) se destaca la prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal, en el estado de Baja California, alguna vez, en el último año y en el último mes, así como los totales ponderados de personas que declararon haber consumido alguna droga.



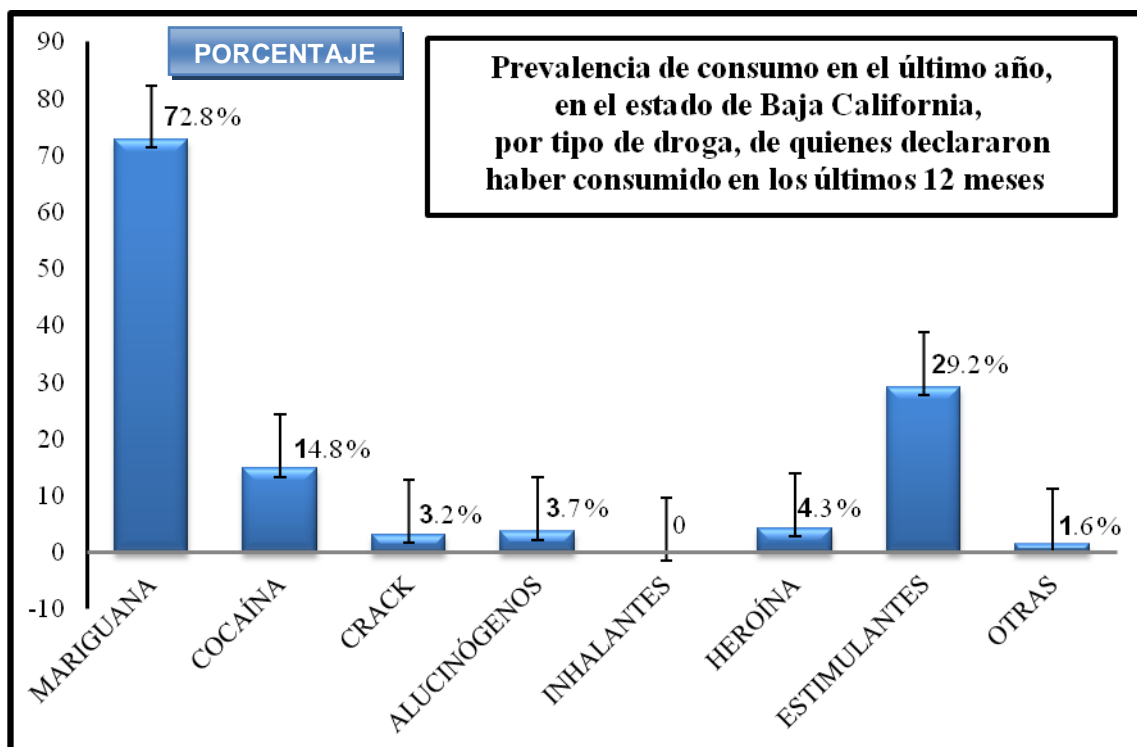
Gráfica 2.2. Fuente: Elaboración propia con información de la ENA, 2008

Sin embargo, para las siguientes etapas de la investigación, se tomó para el análisis únicamente a quienes declararon haber consumido alguna droga en el último año correspondiente a una población ponderada de 98,878 personas. De ellos, el 70.1 por ciento es del sexo masculino y el 29.9 por ciento del sexo femenino.

La decisión de seleccionar a la población consumidora “en el último año” obedece a su relación con las posibles necesidades de atención terapéutica: es razonable considerar que quien no consumió ninguna droga en el último año, probablemente no requiere atención en este sentido. En cambio, la población que requiere atención, se encuentra entre quienes si declararon haber consumido en los 12 meses previos a la encuesta, aunque no todos los que se encuentren en dicho grupo, requerirán atención.

Tampoco se consideró conveniente limitar el estudio a quienes consumieron en el último mes, debido a que podría haber consumidores que requieren atención, a pesar de no haber declarado un consumo en los 30 días anteriores al levantamiento.

En la siguiente gráfica (3), se muestra la prevalencia de consumo en el último año en el estado de Baja California, por tipo de droga, de quienes declararon haber consumido en los últimos 12 meses.



Gráfica 2.3. Fuente: Elaboración Propia con base en la ENA, 2008

Esta gráfica nos proporciona el porcentaje de consumo, siendo la marihuana la droga más reportada con el 72.8 por ciento (intervalo de confianza al 95 por ciento de 57.7 a 84).

Por su parte, el 29.2 por ciento de los que declararon haber usado alguna droga en el último año había consumido estimulantes tipo anfetamínico (intervalo de confianza al 95 por ciento de 17.4 a 44.5).⁴

⁴ Es importante señalar que, si bien es cierto que la gran amplitud del intervalo de confianza impide tener una idea precisa de la cantidad de consumidores de anfetaminas durante el último año, también es cierto que la necesidad de conocer este fenómeno, nos obliga a trabajar con la información disponible, pese a sus limitaciones. Sin duda, sería de gran utilidad contar, en el futuro, con fuentes de información que permitan conocer con mayor precisión la prevalencia en el consumo por tipo de drogas.

Ahora bien, el interés por conocer el tipo de droga consumida, obedece a que cada sustancia produce diferentes efectos, creando niveles de dependencia, tolerancia y abstinencia, generando por consecuencia distintas necesidades de atención. Esto nos lleva a observar las características de las diversas sustancias, tema que tocaremos en el siguiente apartado.

2.2.2.2- Tipos de drogas.

Existe una diversidad de drogas las cuales constituyen un problema de salud pública, a la que se le debe prestar atención ya que se pueden generar patrones de dependencia a algunas sustancias, por tal motivo es indispensable tener información referente a sus efectos.

Al ser un problema de salud pública en el que se sumerge la sociedad, es indispensable conocer los tipos de sustancias que existen y así poder brindar información oportuna de cada una de ellas.

Existen diversas formas en las que han sido clasificadas las drogas, esto en gran parte a las distintas disciplinas que abordan el tema desde su perspectiva.

En el año de 1975, Kramer y Camero (OMS), realizaron una clasificación de acuerdo a la peligrosidad de las drogas, en las que prestan atención a estos factores:

Grupo 1 - Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.

Grupo 2 - Barbitúricos y alcohol.

Grupo 3 - Coca-cocaína, anfetaminas y derivados.

Grupo 4 - LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc.

Entendiendo que todas las sustancias tienen cierto grado de peligrosidad, sin embargo en esta clasificación las del grupo 1 serían muy peligrosas y las del grupo 4 las menos peligrosas (OMS, 1975).

En el ámbito nacional, se cuenta con la clasificación que realiza el Centro de Integración Juvenil. Destaca en esta clasificación el grado de dependencia física y psíquica que se atribuye a cada tipo de droga, lo cual resultará de gran utilidad para identificar las eventuales necesidades de atención terapéutica.

En los siguientes cuadros (del 2.3. al 2.8.) presentaremos dicha clasificación.

Mariguana:	
	Clasificación: Mixto, alucinógeno y depresor.
	Ley General de Salud: Grupo I
	Nombre comercial y otros: Cannabis, hachís, mota, grifa, toque, guato, hierba.
	Uso médico: ninguno
	Efectos: Alteraciones preceptuales, pasividad y depresor.
	Dependencia física: Moderada
	Dependencia Psíquica: Moderada
	Tolerancia: sí
	Duración del efecto: de 2 a 4 horas
	Vía de administración: Oral y fumada.
	Efectos tóxicos: Euforia, relajación, aumento del apetito y tóxica.
	Sobredosis: Fatiga, paranoia, ataques de pánico y psicosis tóxica.

Cuadro 2.3. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Cocaína/Crack:	
	Clasificación: Estimulantes
	Ley General de Salud: Grupo I
	Nombre Comercial y otros: Coca, perico, piedra, nieve, línea, grapa, talco.
	Uso médico: Ninguno
	Efecto: Anestésico local
	Dependencia física: Alta
	Dependencia Psicológica: Alta
	Tolerancia: Sí
	Duración del efecto: 1 a 2 hrs.
	Vía de administración: Aspirada, inyectada y fumada.
	Efectos Tóxicos: Aumento de la vigilia, excitación psicomotriz, euforia, taquicardia, pulso rápido, hipertensión arterial, insomnio y anorexia.
	Sobredosis: Agitación, hipertermia, alucinaciones, crisis convulsivas y posible muerte.

Cuadro 2.4. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Alucinógenos:	LSD, Hongos, Peyote, Mezcalina, Fenciclidina.
	Clasificación: Alucinógenos
	Ley General de Salud: Grupo I
	Nombre Comercial y otros: ácido, bufotenina, psilocibina, ibogaina, polvo de ángel, PSP, crucero del amor.
	Uso médico: Ninguno
	Efecto: Alucinógeno y distorsión de las percepciones.
	Dependencia física: Baja
	Dependencia Psicológica: Baja
	Tolerancia: Sí
	Duración del efecto: 8 a 12 hrs a varios días.
	Vía de administración: Oral, fumada y aspirada.
	Efectos Tóxicos: Ilusiones, alucinaciones, alteración perceptual, psicosis tóxica y posible muerte.

Cuadro 2.5. Fuente Elaboración Propia con Información del CIJ.

Sustancias volátiles (Inhalables)	
	Clasificación: Depresores
	Ley General de Salud: Grupo II
	Nombre Comercial y otros: Resistol, gasolina, gas hilarante (óxido nitroso), activo, poppers, pintura en spray y muchas más
	Usó médico: Ninguno.
	Efecto: Sedante y depresor.
	Dependencia física: Moderada a Alta
	Dependencia Psicológica: Moderada a Alta
	Tolerancia: Sí
	Duración del efecto: 2 a 3 hrs.
	Vía de administración: Inhalación de vapores
	Efectos Tóxicos: Disartria, desorientación, comportamiento como borrachera sin oler a alcohol
	Sobredosis: Respiración superficial, hipotonía, pupilas dilatadas, pulso rápido y débil, somnolencia, coma y posible muerte.

Cuadro 2.6. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Heroína:	
	Clasificación: Narcótico
	Ley General de Salud: Grupo I
	Nombre comercial y otros:
	Diacetilmorfina, H, agua de chango, chiva, agüita, carga, la cura, etc.
	Uso médico: ninguno
	Efectos: Analgésico y antitusígeno
	Dependencia física: Alta
	Dependencia Psíquica: Alta
	Tolerancia: sí
	Duración del efecto: de 3 a 6 horas
	Vía de administración: Inyectada, aspirada y fumada.
	Efectos tóxicos: Euforia, somnolencia, depresión respiratoria, contracción pupilar y náuseas.
	Sobredosis: Bradipnea y respiración superficial, crisis convulsivas, coma y posible muerte.

Cuadro 2.7. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Metanfetamina:	
	Clasificación: Estimulante y alucinógenos.
	Ley General de Salud: Grupo I
	Nombre comercial y otros:
	DMA, STP, MDA, MDMA, éxtasis, X, tachas, drogas del amor, cristal, ice, crikio, meth, entro otros.
	Uso médico: ninguno
	Efectos: Excitación, insomnio y anorexia.
	Dependencia física: Moderada
	Dependencia Psíquica: Alta
	Tolerancia: sí
	Duración del efecto: de 1 a 3 horas
	Vía de administración: Oral, inyectada y fumada.
	Efectos tóxicos: Ilusiones, alucinaciones, distorsión de la percepción del tiempo y la distancia.
	Sobredosis: Intoxicación prolongada e intensa, psicosis tóxica y posible muerte.

Cuadro 2.8. Fuente: Elaboración Propia con información del CIJ.

Es necesario destacar que el Centro de Integración Juvenil realizó esta clasificación, partiendo de los criterios establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Edición CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, OMS, en la cual hace

mención tanto de la dependencia que crea la sustancia, sus efectos tales como el tóxico o el placentero, además de la tolerancia que se le tiene a cada uno de los estupefacientes. Teniendo en cuenta que tanto el CIE-10, como el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, Cuarta Revisión (DSM-IV), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Como se verá en el capítulo cuarto de esta tesis, se considera que se requiere que se cumplan al menos tres criterios para poder hacer un diagnóstico de dependencia.

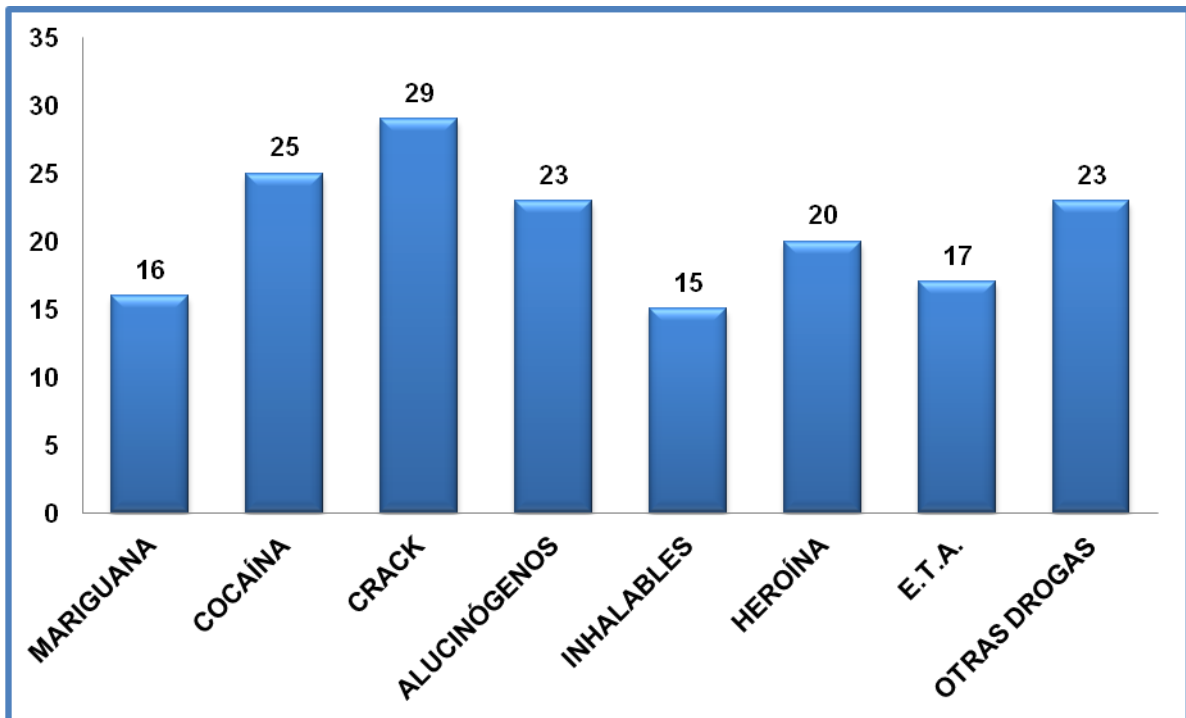
2.2.2.3.- Edad de inicio (la primera droga ilegal utilizada).

El consumo de sustancias psicoactivas viene precedido de varios factores, como se ha mencionado, un aspecto que se considera importante para conocer los perfiles del consumidor es la edad de inicio de cualquier droga, de acuerdo a Barcia (2006) la adolescencia es una etapa en la que se dan condiciones para tener nuevas experiencias en la vida, de igual manera exponerse a riesgos y con posturas desafiantes al peligro y a lo prohibido, como el consumo de drogas (Barcia, 2006).

Ante esto, es de vital importancia tener conocimiento sobre la edad en la que se inicia así como la sustancia que se consume, ya que: *"ningún otro problema de salud, a esta edad, conduce a tan trágicos efectos en términos de morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia del joven"* (Hidalgo y Júdez, 2007:898)

La ENA reporta el alcohol y el tabaco como las principales drogas de inicio en edades tempranas. Sin embargo, como se señaló anteriormente, este trabajo está centrado en el estudio de las drogas ilegales. Naturalmente, este primer consumo puede ser antecedido por consumos (adictivos o no) de alcohol y/o tabaco.

Edad promedio del inicio de consumo por droga, en el estado de Baja California, de quienes declararon haber usado en el último año.



Gráfica 2.4. Fuente: Elaboración Propia con base en la ENA, 2008.

En la gráfica (2.4.) se observa la edad promedio del inicio del consumo de cualquier droga, de quienes declararon haber utilizado drogas en el último año. Destacando la edad de inicio de los estimulantes tipo anfetaminas (cristal)⁵, ya que es un estimulante muy adictivo y el abuso cambia significativamente áreas del cerebro relacionadas con el estado emocional y el de la memoria (NIDA, 2007)⁶.

Cabe destacar que entre más temprano se comienza con el consumo de drogas, es mayor la posibilidad de aumentar la cantidad y los tipos de sustancias (Hidalgo y Júdez, 2007).

2.2.2.4.- Frecuencia de consumo por droga.

El consumo de drogas puede crear adicción a la sustancia. La frecuencia con la que una sustancia es consumida, puede ser considerada a la vez como causa de la adicción, o como indicador de la misma. Es decir: una mayor frecuencia en el consumo de una sustancia,

⁵ Es necesario tomar con cautela los datos aquí presentados, debido a que la población que declaró haber consumido el último año es de solamente 61 personas.

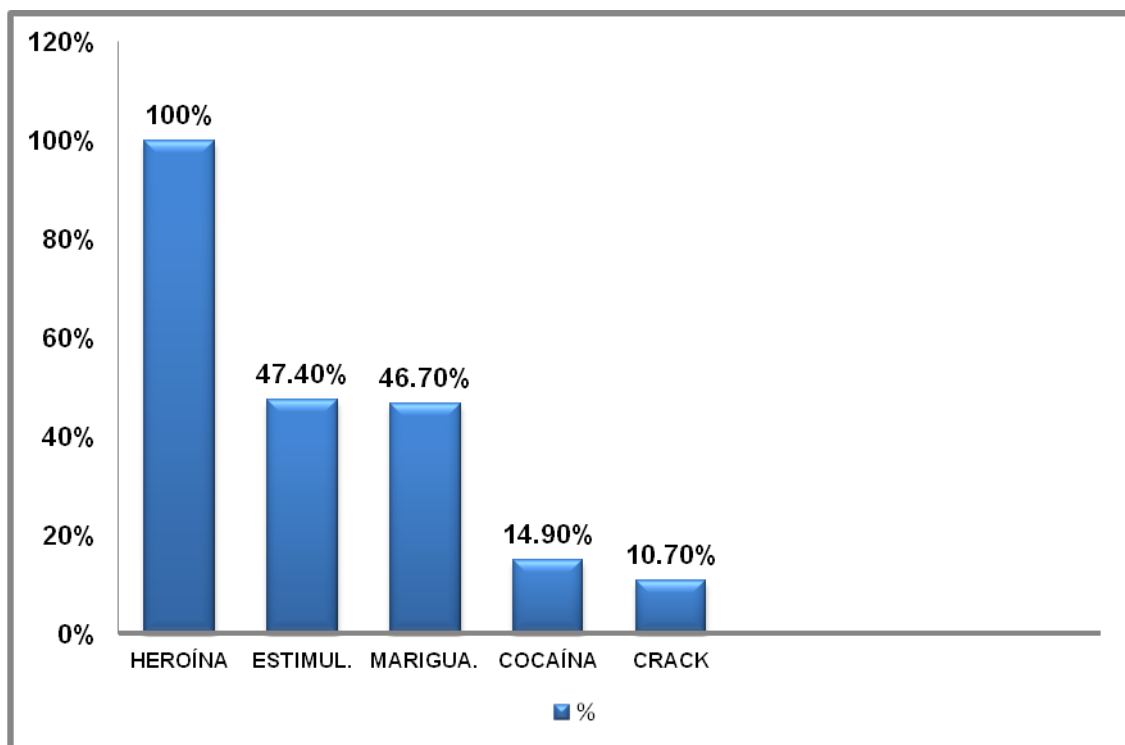
⁶ Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, (NIDA) por sus siglas en inglés. disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina> Consultado el 18 de mayo de 2012.

tiene mayores probabilidades de crear adicción. Asimismo, un usuario que reporta un consumo frecuente, probablemente será también un usuario que habrá desarrollado un patrón adictivo.

En ese sentido, el estudio de la frecuencia en el consumo es de la mayor importancia. Asimismo, hay que considerar que la droga consumida con mayor frecuencia, es la que determina el estado psicosocial del individuo, provocándole dependencia y a la vez una necesidad de atención (Roses, 2009).

Cabe señalar que los datos proporcionados por la ENA (2008), resultan de gran aporte para conocer a grandes rasgos cómo es el comportamiento en el consumo de drogas en el estado, con relación a la frecuencia. En la gráfica (2.5.), se presenta el porcentaje de quienes reportaron haber usado sustancia en el último año, que declararon haber consumido de manera diaria, por tipo de droga.

Frecuencia de consumo diario por tipo de droga, en el estado de Baja California, de entre quienes declararon haber consumido en el último año.



Gráfica 2.5. Fuente: Elaboración Propia con información de la ENA

Como podemos observar en la gráfica, la frecuencia de consumo es determinante para identificar la dependencia que provoca una sustancia. Los datos nos indican que la heroína es la droga que mayor dependencia provoca, de allí que el 100 por ciento de los consumidores hayan reportado el uso diario de la sustancia.

En la gráfica se observa que son drogas como los estimulantes tipo anfetamínico, y la heroína, las que se consumen con mayor frecuencia. Esto podría deberse a que son sustancias con un potencial elevado de dependencia. Ahora bien, a pesar de que las metanfetaminas y la heroína son drogas similares con relación a su alto nivel adictivo y –consecuentemente- a la alta frecuencia en su uso, presentan una marcada diferencia con relación a los efectos que producen -como lo menciona el DSM-IV- , por lo que los síndromes de abstinencia asociados a una y otra sustancia son también notablemente distintos. Ante esas características tan particulares, nace una incógnita; ¿Cuál es la atención que debe ofrecérsele a un farmacodependiente?

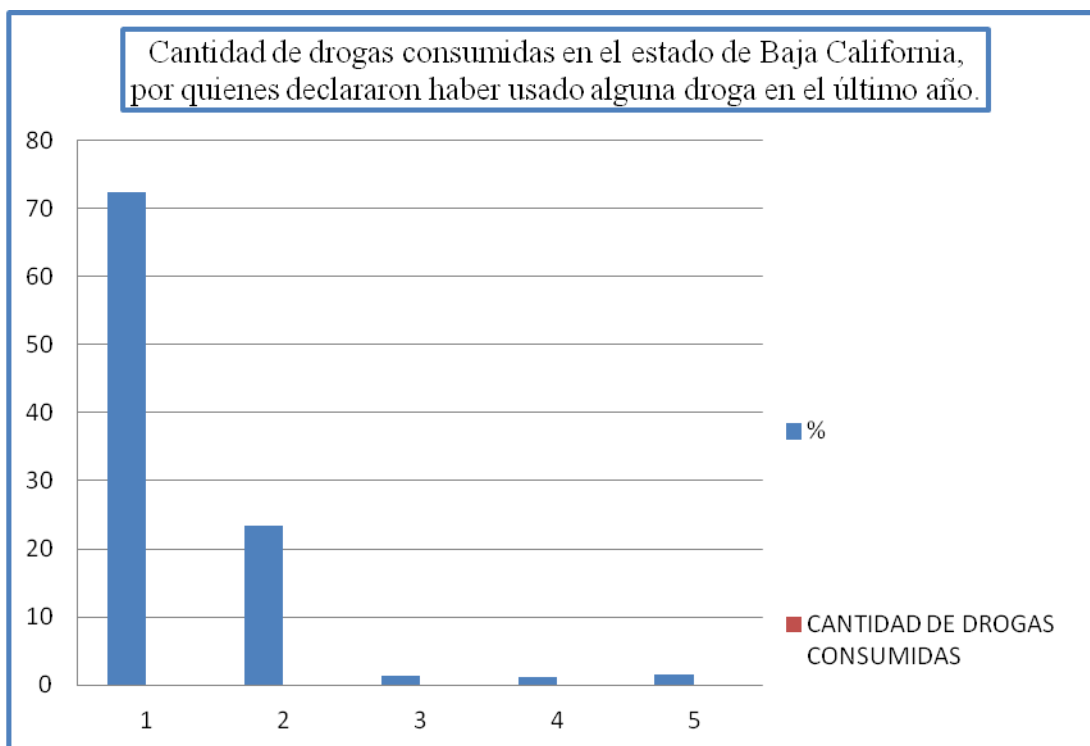
Cabe señalar que la marihuana se encuentra en tercer lugar de consumo frecuente entre los usuarios que declararon consumir en el último año, además de ser la sustancia más consumida por la población farmacodependiente.

Esta información nos da una perspectiva de mayor amplitud sobre el problema de farmacodependencia que se presenta en ciertos grupos de consumo, destacando, como ya se mencionó, la marihuana, los estimulantes tipo anfetamínico y la heroína. Estos resultados nos permiten estimar con mayor precisión las necesidades de atención que requiere un usuario de drogas, esto debido a lo adictivo que resultan estos estupeficientes. El problema se torna más complejo, entre otras cosas, por el suministro combinado de más de una droga. Para ello en el siguiente punto trataremos de encontrar la distribución de consumo que se da entre las diversas sustancias.

2.2.2.5. Poliusuarios.

El concepto de poliusuario de acuerdo al SISVEA, 2010, se refiere a quien "Consumes dos o más tipos de drogas". Teniendo este término como referente nos enfocamos en conocer el porcentaje de poliusuarios para distinguir el consumo que predomina en la población que declaró haber consumido drogas en el último año, en el estado de Baja California.

Los resultados obtenidos se muestran en la gráfica (2.6).



Gráfica 2.6. Fuente: Elaboración propia con información de la ENA, 2008

Los resultados muestran que si bien es cierto que los monousuarios son mayoría, con un 72 por ciento, también es relevante ver cómo más de una cuarta parte de los consumidores utilizan más de una sustancia.

Esta situación presenta una dificultad particular con relación a las necesidades de atención que se generan, misma que, como se verá en el capítulo cuatro, se ha conceptualizado como: "El conjunto de acciones que requiere un farmacodependiente para la prevención⁷, reducción de daños⁸, rehabilitación⁹ y seguimiento del tratamiento¹⁰, los

⁷ Prevención. "Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales" (NOM. 028).

⁸ Rehabilitación. "Es el conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociales, espirituales, educativas y ocupacionales que tiene por objeto que los alcohólicos y drogadictos puedan recuperarse a fin de realizar actividades que le permitan ser útiles a sí mismo, a su familia y a la sociedad". (Ley de Rehabilitación y Reintegración Social de Personas con Problemas de Drogadicción y Alcoholismo para el Estado de Baja California, 1995).

⁹ Reducción del daño. "Es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia" (NOM. 028).

cuales son influenciados por factores biológicos, sociales, psicológicos y/o ambientales, cuya finalidad es erradicar un problema de salud y alcanzar el estado "normal" del individuo".

En el siguiente capítulo se analizará la información aportada por el Sistema de Vigilancia de las Adicciones, como complemento a la información proporcionada por la ENA.

¹⁰ Seguimiento (Post-Tratamiento). *"Recursos o servicios que se ofrecen a los pacientes que necesitan apoyo continuo y otros servicios después de su tratamiento".*

III. PATRONES DE CONSUMO DE LOS FARMACODEPENDIENTES QUE SOLICITARON ATENCIÓN, ENTRE 1998-2008, EN LA CIUDAD DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.

En el presente capítulo abordaremos los cambios en el perfil y los patrones del consumo de drogas ilegales en la ciudad de Tijuana, Baja California, con la finalidad de conocer el comportamiento de la población que ha consumido drogas ilegales en el periodo correspondiente a 1998-2008.

Es necesario hacer este análisis debido a que con ello se podrán conocer tanto las características -sexo y edad- de los usuarios como los patrones de consumo, que como se mencionó en el capítulo anterior, son indispensables para estimar las necesidades de atención, debido a que cada droga genera efectos diferentes. Esto es debido a que el tipo de droga consumida y la frecuencia con la que se utiliza, provoca en el usuario una mayor o menor dependencia y tolerancia a la sustancia.

Históricamente, en la región de estudio, se han identificado transformaciones importantes en los patrones de consumo, específicamente con relación a las drogas más empleadas. González Reyes menciona que en Tijuana, Baja California, en los años de 1980 la droga que causaba mayor dependencia era la cocaína, posteriormente en los años de 1990 fue la heroína como la sustancia que mayor adicción provocaba, generando un cambio en el consumo de sustancias ilícitas (González, 2009). Como veremos más adelante, el crecimiento en el uso de las metanfetaminas parece caracterizar la década actual.

Existen diversas causas que pueden estar ligadas a la transformación en el consumo de drogas. Si bien, no es el objetivo de esta tesis indagar las causas que motivan dicha transformación, conviene señalar que uno de los factores que han sido señalados con relación a la transformación de patrones de consumo en Tijuana, se vincula con el cruce de sustancias ilegales a través de la frontera entre Tijuana-San Diego. Existen estudios documentados por el Grupo de Trabajo Comunitaria en Epidemiología (CEWG, por sus siglas en inglés) y el

Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), en los cuales comprobaron que el consumo en la Frontera Sur del país estadounidense era semejante al presentado en la Frontera Norte de México. Drogas como la cocaína, heroína (chiva o carga)¹, metanfetaminas (crico, cristal, hielo, vidrio)², eran las sustancias de mayor consumo (CEWG, 2000; NIDA, 2000).

Con relación a la transformación en el perfil de la población consumidora, destaca el incremento en el consumo entre mujeres jóvenes. En un estudio realizado entre el 2006 y 2007 por Melanie L. Rusch, *et al*, (2009), destaca el incremento del consumo de metanfetamina en la ciudad de Tijuana, Baja California, principalmente en el sexo femenino, (Rusch, *et al* 2009). En este estudio, en el que se analizó información de Tijuana, Baja California y Ciudad Juárez, Chihuahua, se distinguió el consumo de cocaína-heroina en esa ciudad y de la metanfetamina-heroina en la ciudad de Tijuana.

Para conocer con mayor precisión la transformación en los perfiles y patrones de consumo en Tijuana, Baja California, en este capítulo se comparará la información aportada para los años de 1998-2008 por el SISVEA.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) se encarga de la recolección de datos de distintas fuentes que proporcionan información acerca de la población consumidora de drogas, entre ellos los centros de tratamiento no gubernamentales, mismo que serán analizados para comprobar las tendencias de consumo entre los años de 1998 y 2008. Para ello, se tomaron como variables los patrones de consumo - frecuencia de consumo, tipo de sustancia y la cantidad de drogas - que son utilizadas en la ciudad de Tijuana, Baja California.

¹ Término que utilizan los consumidores para referirse a la droga heroína (Medrano, 2010)

² Término utilizado para referirse a la metanfetamina que se expande en el mercado clandestino de Tijuana (Medrano, 2010).

A pesar de que el SISVEA no es una encuesta representativa de la población total de los habitantes de la ciudad de Tijuana, Baja California, es de vital importancia la obtención de la información ya que hace referencia a las tendencias de consumo en los farmacodependientes que solicitaron atención en el periodo de 1998-2008. Esto mediante información de los centros de tratamiento no gubernamentales, registrados por la NOM-028. La fuente es complementaria para el estudio, en gran parte porque nos proporciona información sobre el comportamiento poblacional de los farmacodependientes en dicho periodo.

En la actualidad existen 194 Centros de Tratamiento - registrados - en el estado de Baja California, de los cuales el 54.12 por ciento reportan ante el SISVEA. Los Centros de Rehabilitación que se encuentran en la ciudad de Tijuana, representan al 39.17 por ciento del total de los centros que proporciona información oportuna ante este sistema (DIMCA³, 2011).

Es importante recordar que, a diferencia de la ENA, el SISVEA no provee información relativa a la población abierta, sino específicamente aporta información relacionada con la población de usuarios de drogas que fueron captados a partir de cuatro fuentes: los centros de integración juvenil (CIJ), los centros de tratamiento no gubernamentales (ONG'S), el servicio médico forense y los servicios de urgencias de los hospitales participantes⁴.

Así, al estudiar la información aportada por el SISVEA, se podrán observar los cambios en los patrones de consumo en las drogas utilizadas, pudiendo distinguir tanto la frecuencia de consumo⁵, como la droga de impacto. En cambio, no será posible inferir la prevalencia debido a que la metodología empleada no pretende producir ese tipo de información.

De acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones, quien proporciona la definición de patrón de consumo como: *"Las características del modo o forma con que el consultante mantiene el consumo o uno de un determinado tipo de droga(s) y el*

³ Dirección Municipal Contra las Adicciones, Tijuana, Baja California, en: <http://www.dimca.tijuana.gob.mx/>

⁴ Para el estudio propuesto, solamente se utilizará la información de los centros de integración juvenil y de los centros de tratamiento no gubernamentales.

⁵ Frecuencia de consumo, hace referencia a las veces que se utiliza una o varias drogas.

orden consecutivo de las diferentes sustancias consumidas desde su inicio". Por su parte la Norma Oficial Mexicana 028, señala que es "El conjunto de factores que determinan una forma particular de uso, tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados".

Teniendo como referencia estas definiciones, se puede conceptualizar los patrones de consumo como: *La frecuencia de consumo, el tipo de droga consumida y la cantidad de drogas utilizadas -distinguiendo monousuarios de poliusuarios- (teniendo como referencia la droga de impacto).*

Esta definición ayudará a concretizar las variables a utilizar para el estudio, del cual se derivan:

- a) Droga. *"Se define como aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental" (SISVEA, 2010)*
- b) Droga de inicio. *"Se refiere a la primera droga consumida" (SISVEA, 2010)*
- c) Droga de impacto. *"Es aquella que el paciente identifica con más capacidad para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral y que es el motivo principal de la demanda de tratamiento" (SISVEA, 2010)*
- d) Consumo de sustancias psicoactivas/drogas. *"Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos" (SISVEA, 2010)*
- e) Drogas ilegales. *"Llamadas también no-médicas o duras, se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el funcionamiento del Sistema Nervioso Central" (SISVEA, 2010)*
- f) Monousuario. *"Consume solamente un tipo de droga" (SISVEA, 2010)*
- g) Poliusuario. *"Consume dos o más tipos de droga" (SISVEA, 2010)*

Aunado a estos términos, para caracterizar el perfil de los consumidores, se utilizarán las variables mencionadas con anterioridad que son sexo y edad.

3.1. Perfiles de los consumidores identificados por el SISVEA.

El perfil de los consumidores de drogas, en la ciudad de Tijuana, Baja California, se ha caracterizado por el uso de sustancias, consideradas adictivas, como se mencionó con anterioridad.

En los siguientes cuadros (12 y 13), se muestran los porcentajes de casos que solicitaron atención terapéutica, por sexo y considerando la droga de impacto, para 1998 y 2008 respectivamente.

Casos que solicitaron atención por sexo y droga de impacto en 1998⁶

	Mariguana	Inhalable	Heroína	Opio/ Morf.	Cocaína	Cristal	Crack	Total
M	4	3	441	1	5	45	4	527
%	44.4	100.0	93.8	100	100	78.9	50	89.9
F	5	0	29	0	0	12	4	59
%	55.6	.0	6.2	.0	.0	21.1	50	10.1
T	9	3	470	1	5	57	8	586
%	100	100	100	100	100	100	100	100

Cuadro 12. Fuente: Elaboración propia con información de SISVEA

⁶ Para este análisis solamente se tomaron en cuenta las drogas ilegales.

Casos que solicitaron atención por sexo y droga de impacto en el 2008

	Alcohol	Mariguana	Inhala	Alucin	Heroína	Opio/ Morf	Cocaína	Tranq	Cristal	Crack	Total
M	470	97	22	3	973	1	56	12	1030	19	2693
%	91.8	88.2	68.8	100	96.1	100	87.5	75.0	89.6	100	91.9
F	42	13	10	0	40	0	8	4	120	0	238
%	8.2	11.8	31.3	.0	3.9	.0	12.5	25.0	10.4	.0	8.1
T	512	110	32	3	1013	1	64	16	1150	19	2931
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Cuadro 13. Fuente: Elaboración propia con información de SISVEA

De igual manera, las edades en las que se concentra la población farmacodependiente que solicitaron atención terapéutica se encuentran en mayor proporción en el grupo de 18-34 años de edad. En 1998, el 57.7 por ciento de quienes solicitaron atención se encontraban en este grupo. En 2008, este porcentaje fue de 51.0 por ciento.

Cabe destacar que los perfiles del consumidor de drogas en la ciudad de Tijuana, Baja California, están ligados con el consumo del vecino estado de California, Estados Unidos, como se ha mencionado con anterioridad.

En el siguiente apartado se destacarán los patrones de consumo como complemento al estudio realizado.

3.2.- Transformación en los patrones de consumo, a partir del SISVEA (1998-2008).

El consumo de drogas se ha ido transformando a través del tiempo debido a diversos factores, tales como económicos, políticos, sociales, culturales, demográficos, epidemiológicos, entre otros⁷.

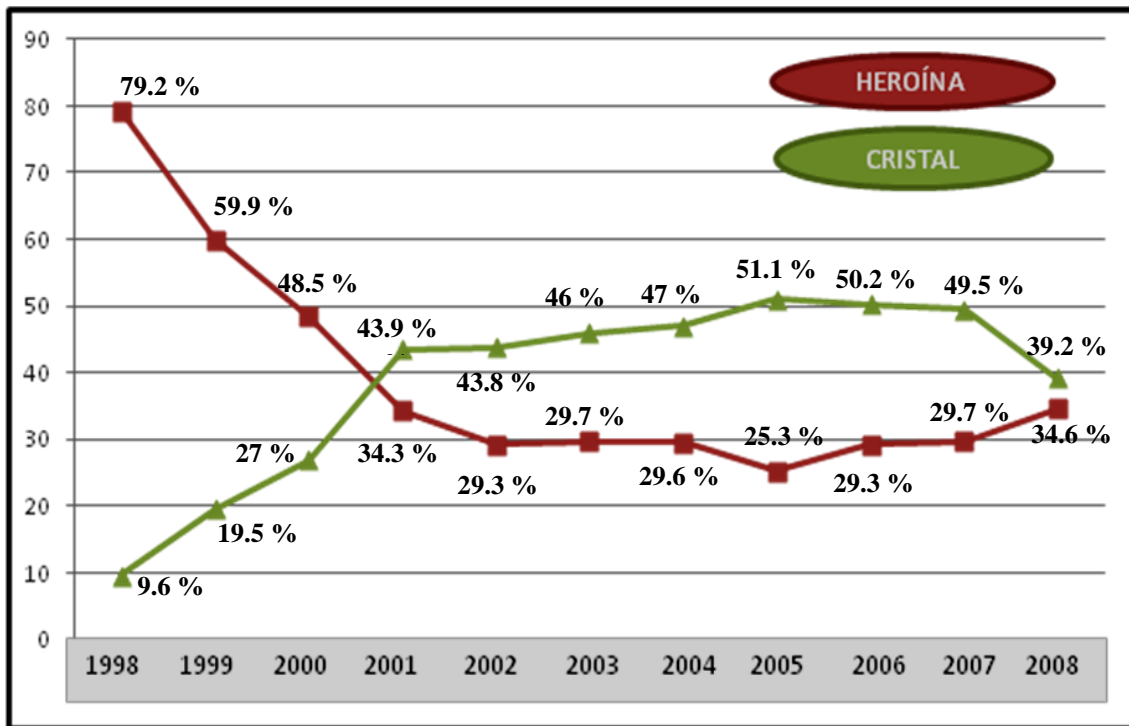
A raíz de esto se han derivado cambios en los patrones de consumo y en la sustancia que se utiliza. Es por ello que en la presente investigación se analizará y describirá el problema como un asunto de salud pública, conociendo los cambios en los patrones de consumo de drogas, ya que estos generan una diversidad de afectaciones en materia de salud y en particular a farmacodependientes, esto en parte por los cambios en el consumo de la sustancia y la manifestación de síntomas particulares en cada una de éstas, así como el síndrome de abstinencia⁸, la cual se presenta al dejar de consumir determinada sustancia, además, el síntoma de malestar varía dependiendo de la frecuencia de consumo, la droga utilizada y la cantidad de sustancias. De allí la importancia que proporciona esta información.

Los patrones de consumo en la ciudad de Tijuana, Baja California en el periodo de 1998-2008 han variado significativamente en donde, de acuerdo a datos recabados por el SISVEA, en el año de 1998 la droga de impacto reportada por el mayor porcentaje de consumidores que solicitaron atención en centros de rehabilitación era la heroína, con el 79.2 por ciento del total de casos que solicitaron ayuda, cabe destacar que las características de la sustancia son hipnóticas y sedantes. Esto continuó hasta el año del 2001, cuando el cristal ocupó el primer lugar como droga de impacto con el 43.9 por ciento de uso entre los farmacodependientes que solicitaron ayuda en los centros regulados por la NOM. 028. En el año del 2008 el porcentaje de usuarios con cristal como droga de impacto disminuyó nuevamente, representando el 39.2 por ciento de los casos que solicitaron ayuda. Cabe señalar que esta sustancia altera el sistema nervioso central.

Droga de impacto, reportada por los consumidores que solicitaron atención, en la ciudad de Tijuana, Baja California (1998-2008).

⁷ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>

⁸ Síndrome de Abstinencia. De acuerdo al DSM-IV se define como la presencia del síndrome de una sustancia por dejar de consumirla o reducir el uso prolongado, causando malestares clínicamente significativos, hasta paralizar las actividades del individuo tanto en lo social como en lo laboral.



Gráfica 3.1. Fuente: Diseño Propio con información del SISVEA

Estos datos proporcionan una visión del panorama que se da a raíz del uso de drogas. Es por ello de vital importancia conocer las necesidades de atención, partiendo de la sustancia que se utiliza.

Cabe destacar que los porcentajes de casos que solicitaron atención terapéutica por consumo de marihuana en la década que comprende el estudio, tuvo un descenso, ya que en 1998 fue del 51.4 por ciento de casos, mientras que para el año del 2002 fue del 27.2 por ciento que solicitó atención.

Ante los diversos patrones de consumo y de sustancias ilegales, es necesario tener referencia sobre las diferentes clasificaciones de las drogas que existen. Como lo señalamos anteriormente. Partiendo clínicamente de los efectos y la intensidad de la droga, se destacan tres aspectos importantes que afectan la conducta del Sistema Nervioso Central (SNC), como lo son:

- Drogas Depresoras: Son las que disminuyen o bloquean la actividad y funciones del SNC, causando somnolencia, sedación, entre otros, en dosis pequeñas pueden producir estimulación y/o excitación.
- Drogas Estimulantes: Aumentan el nivel del SNC, produciendo una sensación de mayor rendimiento físico y mental, de igual manera reduce el apetito.
- Drogas Alucinógenas: Producen alteraciones psíquicas en el SNC, persiste la dificultad de concentración y la alteración de la percepción del tiempo-espacio, entre otras.

Clasificación farmacológica de las sustancias por sus efectos e intensidad, realizada por el CIJ (cuadro 3.1.).

Clasificación farmacológica de las sustancias por sus efectos e intensidad		
Efectos	Intensidad	
	Mayor (dosis dependiente)	Menor (dosis dependiente)
Depresores	Opiáceos, alcohol etílico, disolventes volátiles	Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
Estimulantes	Cocaína, crack, anfetaminas, metanfetaminas	Cafeína (xantinas) nicotina (ta-baco)
Alucinógenos	Psicomiméticos, psicodislépticos, psicodélicos: LSD 25, mezcalina, psilocibina, fenilciclidina y marihuana (cannabinoides).	

Cuadro 3.1. Fuente: Centro de Integración Juvenil⁹

3.2.1- Patrones de consumo por sexo.

Para tener un conocimiento preciso en relación al consumo de drogas es de vital importancia describir los datos de acuerdo al sexo de cada individuo, ya que con ello podremos corroborar como se ha incrementado o disminuido el consumo en la población de sexo masculino o femenino y tener los cambios generados en el periodo que comprende entre 1998 y 2008.

Como se vio con anterioridad, los patrones de consumo varían de acuerdo a las necesidades y a la oferta de estupefacientes en la región, esta información es valiosa para estimar las necesidades de atención que analizaremos en el siguiente capítulo.

⁹ http://cij.gob.mx/Especialistas/pdf/CAPITULO_II.pdf Consultado el 22 de octubre de 2011.

De acuerdo con la información del SISVEA, la heroína fue la droga de impacto reportada con mayor frecuencia en el año de 1998. En la década siguiente se observó el aumento en el reporte del cristal como droga de impacto. La primera es un narcótico que produce un estado de sedación, bienestar y relajación, mientras que la segunda es una sustancia que estimula y produce alucinaciones al farmacodependiente. Esto nos da una perspectiva de atención específica, la cual es importante estudiar y detallar a profundidad para conocer las necesidades de atención que se les debe brindar a esta población farmacodependiente. Del cual nos enfocaremos en el siguiente capítulo, sobre las necesidades de atención del farmacodependiente partiendo de la droga de consumo. Y así encontrar una solución a tan creciente problema de salud que se está presentando en esta ciudad de Tijuana, Baja California.

Estas sustancias, al tener características particulares, sus efectos y síndrome de abstinencia varían, con una particularidad en cada caso, tal es así que en Málaga, España, se dieron a la tarea de estudiar "la malilla¹⁰" que proporciona cada sustancia y así poderles brindar atención terapéutica de acuerdo a las necesidades del paciente partiendo de la droga de consumo.

Ante estos hechos, en el siguiente capítulo abordaremos las necesidades de atención de los farmacodependientes de acuerdo a la droga de consumo así como de la frecuencia con que la utilizan.

¹⁰ Término utilizado entre los consumidores para referirse al síndrome de abstinencia de la droga.

IV. NECESIDADES DE ATENCIÓN PARA FARMACODEPENDIENTES.

El presente capítulo, se enfocará a estimar las necesidades de atención que se derivan del consumo de drogas ilegales, entendido éste como un problema de salud (Romaní, 1999). En consecuencia, las necesidades de atención son entendidas como: *El conjunto de acciones requeridas para la prevención, rehabilitación, reducción de daños y seguimiento del tratamiento, con la finalidad de evitar o minimizar las consecuencias negativas, o erradicar un problema de salud, derivado del consumo abusivo de sustancias psicoactivas.*

Ahora bien, aunque es indiscutible la importancia de la prevención y de la reducción de daños para comprender de manera global el consumo de drogas como problema de salud, debido a que las acciones concretas orientadas a la prevención y reducción de daños presentan características diferenciadas, en esta tesis limitaremos el análisis a los procesos de rehabilitación de farmacodependientes.

La farmacodependencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es: *“El estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal”* (OMS, 2003:39). En este estudio se retomará la definición, pero acotándola al consumo de sustancias ilícitas, en concordancia a lo expuesto en el apartado introductorio de este trabajo.

Ahora bien, para comprender las características específicas de la farmacodependencia – y consecuentemente estimar las necesidades de atención- se requiere observar los perfiles y los patrones de consumo¹ que la generan.

Ante esto, en el presente capítulo se describirá la relación entre los patrones de consumo y la farmacodependencia, retomando el diagnóstico presentado en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (1995), en donde se presenta una relación de trastornos asociados al consumo de sustancias. Tomando como factores, la

¹ Como se mencionó anteriormente, con relación a los perfiles de consumo se está distinguiendo sexo y grupo de edad, mientras que con relación a los patrones de consumo, se observa la frecuencia, la cantidad de drogas consumidas, y tipo de droga. A pesar de ser una variable importante desde la perspectiva de la reducción de daños, en esta tesis no se analizará específicamente la vía de administración.

tolerancia, abstinencia y el deseo persistente por controlar o erradicar el consumo, aunado a problemas –individuales, familiares o sociales- relacionados con el consumo, esto para determinar la dependencia a sustancias.

4.1. Patrones de consumo y dependencia a sustancias.

El uso constante de drogas puede dar paso a la adicción² a determinada sustancia (PAHO, 2009)³. Por consiguiente, hay un vínculo estrecho entre los patrones de consumo y el desarrollo de estados de dependencia o adicción.

Según la OMS, la adicción a drogas puede ser definida como “Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida(s), tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (OMS, 1994).

El concepto de adicción está estrechamente vinculado al de dependencia. De acuerdo al DSM-IV (1995), la dependencia a una sustancia “*Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con la sustancia*” (DSM-IV, 1995:182).

Para la identificación de procesos de adicción o dependencia, existen diversas variables que conviene observar. En particular, siguiendo a la definición del DSM-IV, en situaciones de dependencia a sustancias psicoactivas: “Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la **tolerancia**, la **abstinencia** y a un **deseo persistente de controlar o erradicar el consumo**” (DSM-IV, 1995:182).

² En el presente capítulo se empleará el término de adicción, adicto, adictivo, para hacer referencia al farmacodependiente y/o farmacodependencia.

³PAHO: Organización Panamericana de la Salud.

En: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf

Estas tres variables coinciden con los señalamientos de la CIE-10, donde se establecen las “directrices diagnósticas para el síndrome de dependencia con seis puntos de control. Dos de ellos se refieren al *estado de abstinencia* y a la *tolerancia* y los cuatro restantes se pueden considerar manifestaciones diferentes del estado de dependencia en sí”. (OMS, 2003).

Siguiendo esta misma fuente, “para poder hacer un diagnóstico positivo del *síndrome de dependencia*, se deben cumplir por lo menos tres de los seis criterios del CIE-10. De este modo, aún cuando se produzca tanto tolerancia como abstinencia, ello no es suficiente para que se cumplan los requisitos del síndrome de dependencia, excepto si se cumple alguno de los cuatro criterios restantes” (OMS, 2003).

Para los fines de este capítulo, retomaremos las variables de tolerancia y síndrome de abstinencia para la identificación de la dependencia, pero añadiremos también el deseo de controlar o reducir el consumo, señalada por la CIE-10, así como una variable, relacionada con el consumo problemático, también identificado como “manifestaciones del estado de dependencia” por la misma fuente (OMS, 2003).

Aunado a ellos, los daños causados por el consumo de drogas pueden darse en un período breve - ya sea por intoxicación o sobredosis - o por consiguiente al uso continuo, el cual puede generar dependencia y/o problemas sociales o de salud (PAHO, 2009).

Las variables que se observarán por parte de la ENA, 2008, proporcionarán un estimado para determinar la dependencia a sustancias, aunadas a una pregunta de carácter general.

La pregunta 094A del cuestionario realizado permite una primera aproximación al fenómeno de dependencia, desde la percepción del propio usuario:

<p>094A</p> <p>¿Alguna vez ha usado? “la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína, tranquilizantes o cualquier otra)” en tal forma que sintió que la(s) necesita (ba) o dependía de ella(s)?</p>
--

De un total de 98,878 personas (dato ponderado) que declararon haber consumido alguna droga en el último año, en Baja California, el 20.6 por ciento, que representa a 20,414 consumidores, manifestaron tener una dependencia a alguna sustancia.

Con un límite inferior del 10.2 por ciento que representa a 5,696 personas y un límite superior del 37.4 por ciento, podemos decir en otros términos que, la población consumidora de drogas ilegales que percibía ser dependiente a ellas en el año 2008, se encontraba entre 5,696 y 35,131 personas.

Sin embargo, es indispensable recordar que, más allá de este criterio de autoidentificación de la dependencia, conviene observar al menos otras tres variables para identificarla.

A continuación, en el siguiente apartado, se abordará específicamente la tolerancia, síndrome de abstinencia, deseo persistente de controlar el consumo y se añadirá una cuarta variable para identificar un consumo problemático, esto a partir de los datos de la ENA 2008, para Baja California.

4.2. Principales variables para la identificación de necesidades de atención terapéutica, en Baja California (2008).

La tolerancia, el síndrome de abstinencia, el deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo de drogas y un consumo problemático son criterios para definir una dependencia de sustancias con consumo problemático, de acuerdo a los dos principales sistemas de diagnóstico de los trastornos causados por el consumo de drogas, por un lado el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión (DSM-IV), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y por otro lado, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Versión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (PAHO, 2009).

Estas variables proporcionan un acercamiento a la población farmacodependiente que necesita atención terapéutica, en gran medida, debido a las afectaciones derivadas por el abuso en el consumo de drogas ilegales, tanto para él/ella, como para terceras personas, esto principalmente tratándose de cuestiones relacionadas con la salud (PAHO, 2009).

De tal manera que, las estimaciones realizadas proporcionan información que puede ser de utilidad para producir políticas de salud en torno al consumo de drogas ilícitas y con especial énfasis en las necesidades de atención de la población farmacodependiente.

Ante esto, en los siguientes apartados se abordarán las variables, antes mencionadas, y se realizarán las estimaciones de las mismas.

4.2.1 - Tolerancia al consumo de drogas.

El término tolerancia será definido como el "*Decremento de la respuesta a una droga que ocurre como consecuencia de su administración continuada con el propósito de alcanzar el efecto anteriormente logrado. Ambos factores fisiológicos y psicosociales contribuyen a un desarrollo, mismo que pueden ser físicos, psíquicos y conductuales. Se define también como un decremento de la sensibilidad del Sistema Nervioso Central a la sustancia*" (CII, 1997:321).

Es importante destacar las implicaciones de la tolerancia con relación al devenir del consumidor, ya que la tolerancia es *la necesidad de consumir mayor(es) cantidad(es) de droga(s), para sentir el mismo efecto que experimentaba cuando comenzó con su actividad.*

La pregunta de la ENA (2008) que permite una aproximación a esta variable, es la 079A.

079A

- ¿Alguna vez se dio cuenta que tenía que usar mucha más cantidad que antes de la(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína, tranquilizantes o cualquier otra) para lograr el efecto deseado?

En el levantamiento de 2008, el 20.7 por ciento de los encuestados que habían usado alguna droga en los últimos 12 meses en Baja California contestó que sí había experimentado la necesidad de aumentar el consumo. Esto es, el 20.7 por ciento de un total de 98,878

personas (cifra ponderada) que declararon haber consumido sustancias ilícitas en el último año, identificaron tolerancia, lo cual representa un total de 19,993 consumidores.

Esto es con un límite inferior del 10.4 por ciento y el límite superior de 37 por ciento, encontrándose entre estos límites el porcentaje real de personas con tolerancia a las drogas. Podemos decir en otros términos que, la población consumidora de drogas ilegales que presentaba tolerancia, se encontraba entre 6,075 y 33,910 personas.

4.2.2 - Síndrome de Abstinencia.

El síndrome de abstinencia *"Se caracteriza por la aparición de síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando se reduce abruptamente o se interrumpe el consumo de alguna droga. Los síntomas de abstinencia varían desde los más leves, como los que experimenta el bebedor de café que reduce o interrumpe la ingestión de cafeína, a los síntomas que ponen en peligro la vida"* (PAHO, 2009).

Retomando dicha definición, se puede identificar a la población del estado de Baja California que en el levantamiento de 2008 reportó síndrome de abstinencia a partir de la pregunta 087A:

Pregunta 087A

- En las horas o días luego de suspender o disminuir el uso de "la(s) drogas(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína, tranquilizantes o cualquier otra)"¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, que no pudiera dormir, dolor de cabeza, estómago, etc.?

Del total de la población que consumió sustancias ilícitas en el último año en el estado de Baja California, el 24.8 por ciento admitió haberse encontrado en dichas circunstancias, 24,493 personas como resultado del síndrome de abstinencia adquirida por el consumo de drogas, con un IC95 por ciento. La abstinencia se encuentra entre el límite inferior del 13 por ciento, representando un total de 8,059 personas y el límite superior del 41.9 por ciento, correspondiente a 40,926 personas.

Cabe destacar que los síntomas específicos que adquiera el síndrome de abstinencia dependen directamente del tipo y frecuencia de la droga utilizada –de los patrones de consumo-. Esto resulta de la mayor importancia al considerar las necesidades de atención terapéutica. Así por ejemplo, el síndrome de abstinencia que puede alcanzar una persona dependiente de la heroína es letal (Escohotado, 2002). De ahí la relevancia de aproximaciones terapéuticas, tales como la sustitución con metadona⁴.

4.2.3 – Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de drogas.

En el campo de las drogas, una de las características que presenta el farmacodependiente es el deseo de controlar o interrumpir el consumo de sustancias.

Para la estimación de dicha variable, se recurrió a la pregunta 085A del cuestionario de la ENA, 2008.

Pregunta 085A

- ¿Ha habido periodos en su vida en los que ha querido suspender o disminuir el consumo de "la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína, tranquilizantes o cualquier otra)"?

Se tomó esta pregunta debido a que nos brinda los datos estadísticos relacionados con el deseo de dejar o disminuir el consumo.

Para el levantamiento del 2008 en el estado de Baja California, el 24.3 por ciento de los consumidores en el último año, que representaban a 23,986 personas, respondieron que si deseaban suspender o disminuir el consumo. Lo cual nos proporciona un estimado para referenciar la dependencia de sustancias que no han logrado dejar o reducir el uso, esto por el deseo irresistible de consumir droga(s), parte esencial de la dependencia.

⁴ La metadona fue "llamada inicialmente "dolorfina" por su fabricante, en homenaje al nombre propio de Hitler, esta droga fue ofrecida en 1939 a los médicos del ejército alemán como analgésico. Sin embargo, bastaron unos meses de experimentos para que la sanidad militar la desechase por "demasiado peligrosa". Actualmente se emplea en buena parte del mundo como "rehabilitación y tratamiento" para consumidores de opiáceos naturales, siguiendo las directrices americanas" (Escohotado, 2002:32).

Ante esto, es indispensable conocer el consumo problemático de drogas para poder tener bases de una necesidad de atención. Esto hace referencia al quehacer de la antropología médica, al considerar los múltiples factores que inmiscuyen el consumo, las necesidades de atención y por consiguiente el tratamiento terapéutico en relación al trinomio salud/enfermedad/atención. Sin embargo, este punto será abordado en el siguiente apartado.

4.2.4 - Consumo problemático de drogas.

El consumo problemático de drogas se define como "*El consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de opiáceos, cocaína o anfetaminas*"⁵. Aunado a ello, tiene sus bases en las pautas de consumo y sólo se refiere al comportamiento del individuo(a) (Informe Anual, 2006)⁶.

A su vez, Souza y Machorro (2006), señala que los rasgos de personalidad son factores que contribuyen a que el individuo tenga la decisión de consumir o no hacerlo, teniendo esto una estrecha relación con el contexto social, haciendo mención de Freedman (2003), señala que estudios genéticos determinan los rasgos de personalidad, centrándose específicamente en los efectos dopamínicos que provocan las sustancias (Freedman, 2003, en: Souza y Machorro, 2006).

Ante esta definición, el concepto que identificará el consumo problemático será: *El uso excesivo de sustancias provocando daños tanto para el individuo(a), como a terceras personas.*

De tal manera que se relacionarán las variables que determinan la dependencia, con la siguiente pregunta, con la finalidad de conocer la problemática que se puede suscitar por el consumo excesivo de sustancias. Para ello utilizaremos de la encuesta nacional de adicciones, la pregunta:

097A

- ¿Ha tenido discusiones con su familia o amigos por consumir drogas (por ejemplo: marihuana, cocaína, tranquilizantes o cualquier otra)"?

⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2005> Consultado el 23 de julio del 2012

⁶ <http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/page012-es.html> Consultado el 23 de julio del 2012

Es indispensable mencionar que si bien es cierto, la definición de consumo problemático propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, hace referencia a ciertas drogas en específico, como lo son; Heroína, Metanfetamina y Cocaína.

Para el caso que nos compete, se puede hacer mención que las drogas de consumo frecuente en el periodo de estudio de 1998 a 2008, la heroína y la metanfetamina serían en parte las drogas de consumo problemático y los usuarios de ellas, estarían propensos a necesitar atención, de acuerdo a sus características.

4.3. Evolución de la demanda de atención específica para la farmacodependencia en Tijuana, B.C. (1998-2008).

En la ciudad de Tijuana, Baja California, la evolución terapéutica ha tenido cambios en su manera de proceder ante la atención que necesita el farmacodependiente. Esto se puede deber, en parte, a las normas establecidas desde el gobierno federal, así como la ley que se implementó a nivel estatal; la Norma Oficial Mexicana 028 (NOM 028) y la Ley de Rehabilitación y Reintegración Social de Personas con Problemas de Drogadicción y Alcoholismo para el Estado de Baja California (1995) las cuales han establecido los métodos para tener un control sobre los centros que brindan este servicio, además de establecer ciertos parámetros que deben cumplirse para ejercer como Institución al servicio de consumidores de drogas, estos datos son proporcionados por los mismos centros al SISVEA.

Es menester informar que el artículo 15 de la ley general de rehabilitación y reintegración social de personas con problemas de drogadicción y alcoholismo del Estado de Baja California (1995), dice: *“Se entiende por rehabilitación el conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociales, espirituales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto que los alcohólicos y drogadictos puedan recuperarse a fin de realizar actividades que les permitan ser útiles a sí mismos, a su familia y a la sociedad”*.

Esto como parte del proceso de rehabilitación. De allí la importancia de enfatizar sobre los centros que se encuentran regulados por la NOM 028 y que cumplen con estos parámetros de atención.

Ya que si bien es cierto la demanda de atención entre 1998 y 2008 se ha dado principalmente entre consumidores de heroína y de metanfetamina, éste último sigue siendo un problema reciente. Sin embargo el consumo de estas drogas resulta preocupante debido a la periodicidad de consumo, el tipo de drogas que se suministran y a pesar de mencionar que no se utilizaría la forma de consumo para el análisis, es relevante lo que cita la Organización Panamericana de la Salud (2009) la cual manifestó que en América Latina el uso de estas dos sustancias se da principalmente por la vía inyectable siendo un riesgo, para quienes comparten jeringas, de contraer o transmitir una infección como VIH y las hepatitis B y C, infecciones en las venas por reutilizar las agujas y/o de infectarse en el lugar que se inyectan, siendo esto, un riesgo latente para la salud del usuario de drogas inyectables⁷ (PAHO, 2009). Cabe destacar que de acuerdo a González (2011) los pacientes que se encontraban en los centros de rehabilitación manifestaron que la combinación de heroína y cristal era su principal problema, siendo el 48 por ciento en los casos de hombres que se encuentran en esta situación (González, 2011).

Esto constituye un problema de salud que debe ser atendido, de acuerdo a los parámetros de evaluación establecidos por las leyes antes mencionadas.

4.3.1 Evolución de la demanda por parte de la ENA (2008)

La evolución de la demanda de atención que nos muestran los cálculos obtenidos a través de la información proporcionada por la ENA 2008, nos arrojan como resultado el 1.3

⁷ De acuerdo a la literatura especializada se les denomina Usuarios de Drogas Inyectables (UDI) a esta población (PAHO, 2009).

por ciento de dependientes problemáticos de quienes manifestaron haber consumido drogas en el último año en el estado de Baja California. Y a pesar de que la ENA no proporciona información relacionada con la combinación de sustancias, los datos estimados permiten tener un acercamiento a dichas necesidades de atención requeridas en el estado de Baja California.

4.3.2 Evolución de la demanda por parte del SISVEA (1998-2008).

La demanda de atención en el periodo que comprende de 1998-2008, se ha incrementado en la ciudad de Tijuana, Baja California, de acuerdo a la información proporcionada por el SISVEA. En la que se destaca lo mencionado con anterioridad, el cambio del suministro de la droga de impacto, la cual es la que el paciente identifica como causa de problemas y la que propicia la búsqueda de atención terapéutica.

En el siguiente cuadro (15) se proporciona el porcentaje así como la población farmacodependiente que solicitó atención en el periodo de estudio⁸.

Año	Porcentaje	Población
1998	1.2	595
1999	1.9	1001
2000	3.0	1528
2001	6.6	3389
2002	13.9	7172
2003	13.8	7088
2004	14.8	7610
2005	16.0	8247
2006	12.7	6539
2007	10.4	5364
2008	5.7	2931

Cuadro 4.1. Fuente: Elaboración propia con información del SISVEA

⁸ Es necesario aclarar que la información proporcionada para el año del 2008, fue recopilada hasta mitad del mismo año.

Si bien es cierto que los patrones de consumo inciden en la frecuencia de consumo y esto conlleva a la dependencia, en parte por los efectos tóxicos de las drogas, y de la cual se desprenden características tales como la tolerancia, abstinencia y el deseo de controlar o disminuir el consumo, la cual diagnostica, de acuerdo al DSM-IV (1995), el uso dependiente de sustancias aunado al consumo problemático proporcionan las necesidades de atención.

Cabe señalar que después de agrupar las variables que determinan la dependencia de sustancias por parte de la ENA, 2008, se obtuvo un estimado del 8.1 por ciento de la población que había declarado haber consumido droga(s) en el último año (2007), con un IC95 por ciento, teniendo un total de 8,013 individuos(as), con un límite inferior del 2.3 por ciento y el límite superior del 25.1 por ciento.

Aunado a ello, la relación entre las variables que determinan la dependencia de sustancias con un factor social para definir el consumo problemático, se obtuvo que el **1.3 por ciento** de la población que admitió haber consumido drogas en el último año (2007), representando a 1,273 personas que necesitan atención terapéutica en el estado de Baja California.

Esto nos lleva al último capítulo que trata precisamente de la oferta terapéutica para farmacodependientes y el cual es indispensable para cerrar el círculo en torno al trinomio salud/enfermedad/atención.

V. LA OFERTA TERAPÉUTICA Y LOS MODELOS DE REHABILITACIÓN PARA FARMACODEPENDIENTES.

Como se ha mencionado anteriormente, el consumo de drogas ilícitas se ha estudiado desde diversas perspectivas, siendo el modelo médico-sanitarista el que considera al consumidor, drogadicto, como enfermo. En consecuencia, dicho individuo debe ser sanado (Romaní, 1997). De esta manera, el problema de la farmacodependencia debe ser atendido aportando la atención terapéutica correspondiente a los perfiles de quienes requieren ser sanados. De aquí la importancia de la perspectiva epidemiológica, tal como se manifiesta en el Sistema Epidemiológico de las Adicciones.

Históricamente, como se verá más adelante, han existido distintas aproximaciones a la atención de la farmacodependencia. En particular, sin lugar a duda, las comunidades terapéuticas (C.T) y la ayuda mutua son de gran importancia para el tema en cuestión.

Es por lo anterior, que la participación de la sociedad civil, bajo distintos esquemas próximos a la idea de la ayuda mutua, han ocupado un lugar preponderante en la atención a la farmacodependencia. Consecuentemente, la normatividad vigente tiene como objetivo coordinar los esfuerzos del Estado con las acciones emprendidas desde la sociedad civil, regulándola, supervisándola y procurando garantizar el cumplimiento de normas mínimas de funcionamiento.

Para el caso de México, en la actualidad, la Norma 028 constituye el referente principal en lo relativo a los Centros de Rehabilitación, ya sean estos oficiales o emanados de la sociedad civil.

Específicamente, de acuerdo a la NOM. 028, la rehabilitación *"Es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos¹ a través de la modificación en*

¹ De acuerdo a la NOM. 028 la rehabilitación de adictos: *"Es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social"*.

el estilo y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y entre la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación por profesionales o por personal mixto" (NOM. 028, 1999).

Los orígenes de las comunidades terapéuticas para la rehabilitación de farmacodependientes, se remonta, al menos, desde el siglo XIX, tal como fue expuesto por el alemán Ernest Simmel (Pérez, 2010). En el primer apartado de éste capítulo, se presentará brevemente su desarrollo histórico, en donde la experiencia de las comunidades de Alcohólicos Anónimos, serán un referente importante.

Más adelante –en el segundo apartado- presentaremos específicamente el contexto en el que surgen los Centros de Rehabilitación en el estado de Baja California, y particularmente en la ciudad de Tijuana.

Finalmente presentaremos un balance de la oferta terapéutica para la farmacodependencia en Tijuana.

En conjunto, el presente capítulo tiene como objetivo conocer las características de servicios con los que cuentan los centros de rehabilitación que están regulados por la NOM. 028.

5.1 - Contexto histórico de los Centros de Rehabilitación.

Los centros de rehabilitación tienen sus orígenes desde el siglo XIX, como se ha mencionado con anterioridad, sin embargo en el estado de Baja California y específicamente en la ciudad de Tijuana, estos fueron creados a finales de la década de 1960, ante el incremento en el consumo de drogas en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Ante esto, el presente apartado tiene como finalidad describir la aparición de los grupos de ayuda mutua, siendo un referente para la creación de centros de rehabilitación que utilizan este modelo de atención, así como el incremento de dichos centros en la ciudad de Tijuana, Baja California.

5.1.1 - Los inicios de los centros de rehabilitación para alcohólicos y farmacodependientes.

Las primeras manifestaciones relacionadas con los C.R. datan desde el siglo XIX, sin embargo, hasta 1940 fueron utilizados por el gobierno del Reino Unido, como medio para atender a pacientes psiquiátricos con algún trastorno de personalidad (Pérez, 2010).

Ante esto, cabe señalar los inicios de la atención terapéutica, siendo en el año de 1935 en la ciudad de Akron, Ohio, Estados Unidos cuando se fundó Alcohólicos Anónimos (AA), cuyo principal objetivo es la "sobriedad", esta agrupación comenzó a funcionar debido a la necesidad de dos alcohólicos que se percataron que su forma de beber les estaba ocasionando problemas en sus vidas, uno de los fundadores era corredor de bolsas en Nueva York, en Estados Unidos, el otro miembro cofundador era un Médico en Akron, Ohio, Estados Unidos, ambos se dieron cuenta que al compartirse mutuamente sus experiencias les ayudaba a mantenerse abstemios al alcohol, fue así como nace la agrupación creciendo en todo el país y posteriormente en casi todo el mundo, -en sus inicios contaban con sitios para albergar a enfermos de alcoholismo. Actualmente existen más de 95.000 grupos en más de 160 países. Destacando el modelo terapéutico utilizado que se basa en 12 pasos para la recuperación del enfermo, así como de las 12 tradiciones, que tienen como finalidad establecer las "normas, leyes o reglas" para que la agrupación funcione como tal (AA, 1986).

Posteriormente en el año de 1953, en el sur del estado de California, Estados Unidos, surgió Narcóticos Anónimos (N.A), utilizando la misma estructura terapéutica de los 12 pasos y las 12 tradiciones propuesta por A.A, modificando los términos Alcohólicos por Narcóticos, (N.A, 1991).

En consecuencia, de acuerdo a Rosovsky (2009), *"Además de su impacto práctico y terapéutico, estas agrupaciones despiertan un considerable interés para las ciencias sociales debido a que dan lugar a la construcción de redes sociales, interacciones e identidades, aun en sociedades con distintas características y niveles de desarrollo"* (Rosovsky, 2008, en: Desacatos, 2009:14).

Lo que muestra, la relación que se tiene por parte del modelo de ayuda mutua y los centros de rehabilitación, ya que sirve de enlace para la atención terapéutica que se brinda.

5.1.2 - Surgimiento de los Centros de Rehabilitación en Baja California.

El surgimiento de los primeros C.R. se suscitó a finales de los años de 1960 con la creación del Centro de Integración Juvenil (SSA, 2008). En el estado de Baja California se dieron manifestaciones de crecimiento de C.R., surgidos desde la Sociedad Civil, en los años de 1980, lo cual ha sido parte fundamental para atender el problema de la farmacodependencia, tomando en cuenta las limitaciones con las que trabajan estos centros debido a la poca participación del Estado para atender el problema que atañe a la Salud Pública y afecta a toda la población (González, 2009).

En la década de 1980 comenzaron a crearse centros debido al despunte en el consumo, aunados al problema económico que se vivía en el país, el cual impidió una respuesta oportuna, por parte del gobierno, al problema que se presentaba. Siendo el Centro de Rehabilitación de Adictos (CREA) y el Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción, Asociación Civil (CREEAD, A.C.), los que iniciaron con este servicio, posteriormente en los años de 1990, nacieron nuevas organizaciones encargadas de prestar atención a farmacodependientes tales como Centro de Integración para Drogadictos y Alcohólicos, Asociación Civil (CIDA, A.C.), Centro de Integración y Recuperación de Alcohólicos y Drogadictos, Asociación Civil (CIRAD, A.C.), Narcóticos y Alcohólicos con Esperanza de Reintegración, Asociación Civil (NACER, A.C.), entre otros (González, 2009).

Cabe destacar que el primer C.R. fue el CREEAD, A.C., el cual dio paso al crecimiento de los mismos, estos por medio de las Organizaciones Civiles y la misma sociedad que al ver incrementar el número que adictos, se dieron a la tarea de crear C.R. para brindarles atención. González, 2009, hace mención sobre el incremento de los C.R. en la medida en que se daba el tráfico hacia el vecino país por el estado de Baja California (González, 2009:181).

Debido al crecimiento acelerado de los C.R., en 1995 el estado de Baja California creó la Ley de Rehabilitación y Reintegración Social de Personas con Problemas de Drogadicción y Alcoholismo para el Estado de Baja California, dándole cierta validez al servicio prestado por la Sociedad Civil y otorgando ciertas especificaciones para el funcionamiento de los C.R.

Posteriormente en 1999 el gobierno federal a través de la Norma Oficial Número 028, establece los lineamientos por los que se deben regir.

Actualmente existen 194 Centros de Rehabilitación en el estado de Baja California, registrados de acuerdo a la información proporcionada por el Consejo Estatal contra las Adicciones de Baja California, de los cuales 105 están regulados por la NOM. 028.

5.2 - Contexto actual de los Centros de Rehabilitación en Tijuana, Baja California.

Los centros de rehabilitación que actualmente se encuentran en la ciudad de Tijuana, Baja California, que están regulados por la NOM. 028, de acuerdo a la información obtenida a través del directorio proporcionado por la Dirección Municipal Contra las Adicciones, 2010, representan el 39.17 por ciento del total de los centros regulados por el Consejo Estatal Contra las Adicciones de Baja California.

Ante esto, en el presente apartado se analizarán las características de dichos centros de rehabilitación.

5.2.1- Los centros de rehabilitación existentes y los registros disponibles.

En la ciudad de Tijuana, Baja California, existen actualmente diversos centros de rehabilitación, de los cuales, sólo una proporción están registrados bajo la NOM. 028. Además de dicho registro, existen algunas otras fuentes de información que permiten complementar la información relativa a la oferta terapéutica existente. No obstante, conviene insistir en que un número indeterminado de centros que no figura en ningún registro, por lo que resulta imposible conocer con precisión la totalidad de la oferta terapéutica disponible.

Ahora bien, debido a la inexistencia de un registro exhaustivo de dichos centros, y asumiendo que probablemente aquellos de mayor impacto y antigüedad si se encuentran registrados, para este estudio solamente tomaremos los que se encuentran regulados por la NOM. 028, y que se refieren al Consejo Estatal contra las Adicciones, organismo que tiene como finalidad contar con un registro actualizado trimestralmente y que nació por medio de un convenio ante la Secretaría de Salud para realizar acciones competentes a la Salud Pública, certificando el cumplimiento de los acuerdos establecidos para prestar una atención adecuada a los adictos en los C.R., así como de brindar un apoyo económico al establecimiento que cumpla con lo dictado en el convenio².

Actualmente en Tijuana, B.C. se encuentran registrados 76 C.R., de los cuales el 67.10 por ciento reportan ante la NOM. 028. De los que se encuentran regulados, el 62.74 por ciento de ellos son creados por la sociedad civil, los cuales tienen un promedio de 66 camas por cada uno, sin embargo cabe destacar las diferencias tan notables entre los distintos C.R. ya que algunos, como el ARAC, tiene capacidad de 256 camas disponibles para farmacodependientes y por otro lado, el C.R. "El primer día", sólo cuenta con 26.

A continuación se describirá la atención ofrecida por parte de los C.R. no gubernamentales, que se encuentran regulados por la NOM. 028.

² Convenio STCONADIC-CETR-BC-01/08, Firmado por el Subsecretario de Prevención y Promoción para la Salud, Dr. Mauricio Hernández Ávila.

Organización no Gubernamental	Número de Centros de Rehabilitación.	Sexo al que va dirigida la oferta	Edad	Modelo de Atención	Tipo de droga que atienden
	4	Femenino	Mayores	Ayuda mutua	Alcohol y Drogas
	24	Masculino	Mayores	Ayuda mutua	Alcohol y Drogas
	3	Ambos	Mayores	Ayuda mutua	Alcohol y Drogas
	1	Masculino	Menores y Adultos	Ayuda mutua	Alcohol y Drogas

Cuadro 5.1. Fuente: Elaboración propia con información de DIMCA, 2010

Por otro lado, los centros de rehabilitación que provienen por parte del estado y que se encuentran regulados ante la NOM. 028 representan el 37.25 por ciento y se distribuyen de la siguiente manera.

Estado	Número de Centros de Rehabilitación	Sexo al que va dirigida la oferta	Edad	Modelo de Atención	Tipo de droga que atienden
Avalados por CONADIC	2	Ambos	Menores	Ambulatorio	Alcohol y Drogas
	10	Ambos	Mayores	Ambulatorio	Alcohol y Drogas
	1	Hombres	Mayores	Ambulatorio	Alcohol y Drogas
CIJ	2	Ambos	Menores y Adultos	Residencial	Alcohol y Drogas
UNEME	4	Ambos	Niños, adolescentes y adultos		Alcohol y Drogas

Cuadro. 5.2. Fuente: Elaboración propia con información de DIMCA, 2010

Cabe destacar que la atención terapéutica va dirigida, casi exclusivamente para el sexo masculino, ya que el 50.98 por ciento está dirigido a esta población, en contraste el 7.84 por ciento de los C.R. son los que prestan atención al sexo femenino, en ambos casos es para mayores de 18 años y el modelo de atención que prevalece, es el de ayuda mutua con un 64.70 por ciento.

Siendo el 41.17 por ciento de los centros de rehabilitación, quienes atienden tanto a hombres como a mujeres.

Además se destaca la creación de clínicas –que constituyen la vanguardia en su tipo para la región– que proponen el tratamiento de reducción al consumo de heroína mediante la sustitución con metadona (CIJ, 2008).

5.2.2 - Los modelos de atención.

De acuerdo a la NOM. 028 existen 4 tipos de modelos utilizados para la rehabilitación del consumidor de drogas:

1. Modelo de Ayuda mutua. En el cual se enfatiza la rehabilitación por medio de la ayuda mutua, muchos de ellos utilizando los pasos tradicionales de Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA).
2. Modelo mixto. Es la combinación de los modelos de ayuda mutua y el profesional para la rehabilitación del adicto.
3. Modelo profesional. En este modelo es donde entran los servicios médicos y hospitalarios como base para la atención al adicto, así como con una consulta externa, entre otros.
4. Modelos alternativos. Estos son todos aquéllos que tienen como base brindar un servicio de tratamiento por medio de distintas técnicas sin poner en peligro la

integridad física ni psicológica del paciente, anteponiéndose a los métodos con medicina **alopática**.

Dada la variación de estos modelos no se puede garantizar su efectividad para resolver el problema de salud de los enfermos/adictos o consumidores de drogas.

De acuerdo a la NOM. 028 en el artículo 1.1 el objetivo es establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones. Destacando a la adicción como una enfermedad.

Esta información es de gran beneficio para el farmacodependiente al contar con una atención integral de acuerdo a su enfermedad, podría facilitar la rehabilitación del individuo (a).

5.3 - Balance de la oferta terapéutica para la farmacodependencia en Tijuana.

Con relación a la oferta terapéutica, se puede mencionar, en primera instancia, que destaca la gran presencia de la sociedad civil en el ámbito de la atención a farmacodependientes. Esto refleja a la vez la preocupación de un sector de la sociedad por este problema creciente, pero también pone en evidencia la incapacidad del Estado para proveer un servicio de salud necesario, de manera suficiente.

En segundo término, destaca la ausencia de información completa y precisa, que permita conocer la cantidad, el tamaño y modalidades de operación de los centros de rehabilitación existentes.

Por otra parte, si bien es cierto que los centros de rehabilitación parecen haberse incrementado en las últimas décadas, también es cierto que el problema de la farmacodependencia también se ha incrementado, tanto por el surgimiento de las nuevas drogas de diseño, como por la persistencia en el uso de otros fármacos, anteriormente identificados en la región.

Asimismo, destaca la importante concentración de la oferta terapéutica en la atención a varones adultos, siendo muy escasos los centros a los que pueden acceder las mujeres y los menores de edad.

Por otra parte, es poco lo que se sabe con relación a las modalidades de atención, que si bien parecen girar todas en torno al modelo de ayuda mutua (y retomando muchos de ellos los "Doce pasos" de Alcohólicos Anónimos), también parecen presentar diferencias acentuadas con relación a la forma específica en que operan. Entre otros aspectos, con excepción de las clínicas de metadona antes mencionadas, no parece haber ninguna especialización con relación al tipo de drogas consumidas por quienes buscan la rehabilitación.

En definitiva resulta de gran importancia tener un mejor conocimiento de la cantidad, capacidad y formas de operación de los centros de rehabilitación existentes.

CONCLUSIONES

Enfocando la mirada al problema del consumo de drogas, las necesidades de atención y el tratamiento terapéutico, se puede decir que el consumo en las últimas décadas ha ido aumentando. Este aumento se ha acompañado del incremento de centros de rehabilitación en la ciudad de Tijuana, Baja California, reflejando así la preocupación de la sociedad civil por este problema. Aunado a ello en el periodo estudiado, se comprobaron los cambios en los patrones de consumo, ya que en el año de 1998 la droga de impacto que con mayor frecuencia manifestaron los usuarios que asistieron a un centro de rehabilitación a pedir sus servicios, era la heroína, mientras que para el año del 2008 se identificó como principal droga de impacto el cristal, lo que implica diversificación en las necesidades de atención específicas.

Cabe destacar que los patrones de consumo (frecuencia, tipo de sustancia y cantidad de drogas) son factores determinantes para generar y diagnosticar una dependencia a sustancias, además de los problemas de salud que se pueden dar debido al suministro de estupefacientes. *"Los trastornos causados por el uso de drogas son una pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud"* (PAHO, 2009:X).

Además, se puede decir que ante la demanda del cristal como droga de impacto de acuerdo a los casos registrados en los centros de rehabilitación, es importante analizar el contexto en el que se encuentra el estado de Baja California y principalmente la ciudad de Tijuana, ya que al ser una sustancia sintética, que ocasiona problemas de salud tanto para el individuo, ya sea física o psicológica ésta también puede dejar estragos en la sociedad o en la familia. Esto puede suscitarse por el comportamiento efusivo que provoca dicha droga, por lo que hay que analizar en investigaciones futuras ¿Cuál podría ser el método(s) para mitigar o reducir los daños causados por el consumo del cristal o metanfetamina? con la finalidad de poder brindar un cuidado especial a los consumidores de dicha sustancia. Tal como se realizó en consumidores de heroína con la sustitución con metadona, un derivado de los opiáceos, y

que de acuerdo a Escohotado, 2002, los usuarios prefieren no utilizarla debido a su alta dependencia, como se menciono con anterioridad, es "*demasiado peligrosa*" (Escohotado, 2002:32).

Por otro lado, es necesario disponer de mayor información relativa a los centros de rehabilitación, con la finalidad de contar con tratamientos más efectivos contra la farmacodependencia, como lo señala la OMS, 2012, "*La disponibilidad de tratamiento de la drogodependencia está muy por debajo del tratamiento y la atención ofrecidos para otras enfermedades*" (OMS, 2012).

Ahora bien, pese a las limitaciones de la información disponible, es posible observar que los centros de rehabilitación para mujeres se encuentran muy por debajo de los que atienden a hombres, por lo cual hay que presentar cuidado a esta distinción de género, ya que como se comprobó, cada vez existen una mayor participación del sexo femenino en el consumo de sustancias, de allí la necesidad de ofertar centros para mujeres.

Sin lugar a duda, la farmacodependencia es un asunto que involucra a toda la sociedad, desde el trato que reciben los consumidores al ser estigmatizados como lo señala la misma Organización Panamericana de Salud (2009), "*Si bien esto no ha sido documentado oficialmente, los usuarios de drogas informan que la discriminación los disuade de acercarse a los servicios asistenciales y recibir medicamentos y una atención óptima*" (PAHO, 2009:33).

Hasta la atención que se ofrece para su tratamiento, ya sea desde el Sector Salud como desde la Organización Civil. Y es que, al ser un tema en el que se involucran diversas perspectivas académicas, el problema se hace más grande y esto impide una clara interpretación de la información, ya que el problema no sólo radica en el consumo de drogas, sino en el entorno en el que se desenvuelve el/la individuo(a), aunado a los patrones de consumo, la frecuencia y la forma en que ingieren la sustancia.

Es necesario incrementar la información tanto a farmacodependientes como a posibles consumidores, y tener un conocimiento preciso de lo que envuelve todo el contexto de la farmacodependencia como tal. Para esto es indispensable formular políticas públicas que partan de información más precisa y se ajusten a las necesidades reales de la población.

Por consiguiente *"No podemos cambiar la naturaleza del adicto ni de la adicción; pero podemos ayudar a cambiar la vieja mentira, 'adicto una vez, adicto para siempre', esforzándonos en poner la recuperación al alcance de todos"* (Narcóticos Anónimos, 1991:x).

Sin lugar a duda, estamos en un momento significativo para atender el problema del abuso y/o dependencia de sustancias y contrarrestar las enfermedades resultantes del consumo desmedido de las llamadas drogas ilegales.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alcohólicos Anónimos, 1986, "Alcohólicos Anónimos. El relato de cómo muchos miles de hombre y mujeres se han recuperado del alcoholismo", 3ra. edición, México, D.F., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.
- Barcia, Cristina, 2009, "Sobre uso problemático de Drogas", *Revista Waslala*, Uruguay, Psicolibros, núm. 49.
- Community Epidemiology Work Group, 2000, Epidemiologic trends in drug abuse: Proceedings of the community epidemiology work group. Highlights and executive summary, NIDA, Vol. 1, Dic.2000, En: Sánchez Huesca, 2006, *et al*, Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la Frontera Norte de México y Estados Unidos, Salud Mental, I.N.P. Ramón de la Fuente, Vol. 29, No. 1, México, D.F., ene-feb 2006, pp. 35-43. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina> Consultado el 18 de mayo de 2012.
- CONADIC, 2010, "Centros con Registro Establecido en Baja California 2010".
- DSM-IV, 1995, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association de Washington.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008, *Resultados por entidad federativa, Baja California*, Instituto de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, feb-2009.
- Escototado, Antonio, 1986, "La creación del Problema (1900-1929)", *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, núm. 34, pp. 23-56
- Escototado, Antonio, 2002, "Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos", Edit. Anagrama, Barcelona.
- Foucault, Michel, 1984, "Enfermedad Mental y Personalidad", Buenos Aires, Argentina, Edit. Paidós,
- Foucault, Michel, 2001, "Los anormales", Edic. 2, México, Fondo de Cultura Económica.
- Freedman, R., 2003, *Psychiatric genetics and genomics*, N Eng J Med 2003; 349:411-2, En: Souza y Machorro, 2005, Personalidad y adicciones, *Revista Mexicana de Neurociencias*, Año, 6, No. 4, México, pp. 336-345.
- Goffman, Erving., 1993, "Estigma: La identidad deteriorada", Buenos Aires, Edit. amorrrortu.
- González Reyes, Pablo Jesús, 2003, "La caracterización de la población farmacodependiente en el estado de Baja California. Universidad Autónoma de Baja California/Centro de Salud Mental del estado de Baja California, Mexicali, Baja California, En: González Reyes, Pablo Jesús, 2009, La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California. ¿Integración o rechazo?, UABC, Mexicali, B.C., 375 pp. , 2009.
- González, Pablo, 2009, *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California. ¿Integración o rechazo?*, UABC, Mexicali, B.C., 375 pp. , 2009.
- González, Pablo, 2011, "Impacto espacial diferenciado en el consumo y adicción a las drogas en la frontera norte de México: el caso del Estado de Baja California", *Rev. Crim.*, Bogotá, Colombia, vol. 53, núm. 2, julio-diciembre, pp. 15-36.
- Hidalgo Vicario, M. I. y Júdez Gutiérrez, J., 2007, "Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas", *Pediatr Integral*, España, vol. XI, núm. 10, pp., 895-910.
- Huidobro Catalán, Esther, *Género y adicciones*, Género, identidad y salud, pp. 17-21.
- Instituto Nacional de Salud Pública, 2009, *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008*, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Rio Arronte, I.A.P., México.
- Medina-Mora, 2001, *Del siglo XX al tercer milenio. La adicción y la salud pública: Drogas, Alcohol y Sociedad*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Salud Mental, vol. 24, No. 004, D.F. México, pp. 3-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58242402> Consultado el 10 de septiembre de 2011.
- Melanie L. Rusch *et al*, 2009, *Polydrug Use among IDUs in Tijuana, México: Correlates of Methamphetamine Use and Route of Administration by Gender*, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York of Medicine*, vol. 86, No. 5, doi: 10.1007/s15524-009-9377-0. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/vm2u341572n58646/> Consultado el 5 de mayo de 2011.
- Menéndez, Eduardo, 1998, "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos* XVI:46, México.

- Menéndez, Eduardo, 2007, *"Los modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas"*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Vol. 8, No. 1, pág. 185-207.
- Narcóticos Anónimos, 1991, *Narcóticos Anónimos*, California, pp. 124
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html> consultado: 20 de enero de 2012.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2005, *"El problema de la drogodependencia en Europa"*, Informe Anual, Lisboa, pp. 90. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2005> Consultado el 18 de octubre de 2011.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006, *"El problema de la drogodependencia en Europa"*, Informe Anual, Lisboa, pp. 90. Disponible en: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/page012-es.html> Consultado el 18 de octubre de 2011.
- Organización Panamericana de la Salud, 2009, *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*, Washington, PAHO. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
- Pérez del Río, Fernando, 2010, *"Origen alemán de la comunidad terapéutica"*, Madrid, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXX, No. 105, enero-marzo, pág. 145-149. En: www.redalyc.org
- Ramos, José María, 1995, *Las políticas antidrogas y comercial de Estados Unidos en la frontera con México*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte.
- Ramos García, 2004, *La gestión de la cooperación transfronteriza México- Estados Unidos en un marco de inseguridad global: Problemas y desafíos*, Consejo Mexicano de Asuntos Internacionales.
- Romaní, Oriol, 1997, "Etnografía y drogas: Discursos y Prácticas", *Revista Nueva Antropología*, México, D.F., Nueva Antropología A.C., vol. XVI, núm. 53-52, agosto, pp. 39-66.
- Secretaría de Salud, 2008, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones*. México, D. F.
- Secretaría de Salud, 1989, *Encuesta Nacional de Adicciones (1988)*, Dirección General de Epidemiología, México, D.F. Disponible en: http://www.sisi.org.mx/jspsi/documentos/2003/seguimiento/00012/0001200031603_055.pdf consultado: 20 de enero de 2012.
- Secretaría de Salud, 1998, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 1998, CENA VECE, México, D.F. Consultado el 13 de diciembre de 2010.
- Secretaría de Salud, 2001, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2001, CENA VECE, México, D.F. Consultado el 13 de diciembre de 2010.
- Secretaría de Salud, 2002, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2002, CENA VECE, México, D.F. Consultado el 13 de diciembre de 2010.
- Secretaría de Salud, 2007, *El consumo de drogas en México. Diagnóstico, Tendencias y Acciones*, Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm> consultado: 9 de enero de 2012.
- Secretaría de Salud, 2008, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2008, CENA VECE, México, D.F.
- Secretaría de Salud, 2009, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2009, CENA VECE, México, D.F.
- Secretaría de Salud, 2010, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2010, CENA VECE, México, D.F.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 1990, *Boletín Mensual Epidemiología*, vol. 5, sept. 1990, núm. 9. México, D.F. Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/sisvea_02.html consultado el 18 de enero de 2012
- Souza y Machorro, Mario, 2000, *La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones*. Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social, núm. 8, mayo - agosto, En: González Reyes, Pablo Jesús, 2009, *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California. ¿Integración o rechazo social?*, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, B.C., 375 pp., 2009
- Souza y Machorro, 2005, *"Personalidad y adicciones"*, Revista Mexicana de Neurociencias, Año, 6, No. 4, México, pp. 336-345.
- Tapia, Roberto, 2007, *"El consumo de drogas en México"*, México, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CD.htm> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-2.htm>

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm> Consultadas el 9 de enero de 2012.

- Valenzuela, J.M., 2004, *Paso del nortec. This is Tijuana !*, edit. project, México, El Colef.
- http://cij.gob.mx/Especialistas/pdf/CAPITULO_II.pdf Consultada el 22 de octubre de 2011.