

# El perfil de los consumidores de DROGAS



Ricardo Sánchez Huesca y María del Carmen Fernández Cáceres



El perfil demográfico de los consumidores, el estudio de los factores asociados a la demanda de tratamiento y el patrón del consumo de sustancias, al mismo tiempo que los resultados de investigaciones psicosociales, clínicas y de evaluación de programas, constituyen información muy útil para poder planear y diseñar nuevas estrategias de prevención y tratamiento de las drogas.

El consumo de drogas es un problema de salud pública. La investigación epidemiológica es una herramienta fundamental que permite conocer su magnitud, distribución, tendencias, tipos de sustancias de abuso y formas de consumo, entre otros datos, elementos que conforman una base sobre la cual apoyarse para proponer medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación, así como para evaluar el impacto de las mismas.

Existen diferentes fuentes epidemiológicas que proveen información de distintas poblaciones, las cuales, al integrarse, permiten una visión holística del fenómeno. Una de esas ventanas epidemiológicas la conforman los sistemas de información de los centros de tratamiento especializado en la atención de usuarios de drogas.

En México, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) son instituciones que desde hace más de 44 años se dedican a la prevención y tratamiento de personas que usan drogas. A la fecha cuentan con una red de 114 centros de atención distribuidos en todas las entidades federativas del país. Reciben un promedio anual de 25 mil nuevos casos de usuarios de drogas, que son atendidos por profesionales de la salud. La información de estos pacientes se ingresa en el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD) de los CIJ.

En este artículo se utiliza información de 24 728 usuarios de drogas que acudieron por primera vez a tratamiento a los CIJ durante 2012. Los datos se organizaron en tres secciones: *a)* perfil sociodemográfico; *b)* factores asociados a la



demanda de tratamiento; y, c) patrón del consumo de sustancias.

### ● Perfil sociodemográfico

Los datos presentan una proporción de cuatro pacientes hombres por cada mujer. Es decir, el consumo de drogas ilícitas parece afectar en mayor proporción a la población masculina. El que más hombres que mujeres utilicen drogas seguramente podría tener distintas lecturas. Una de ellas es el hecho de que la construcción de la masculinidad incluye la promoción o por lo menos la aceptación de conductas riesgosas, como puede ser el uso de drogas. Por otra parte, sabemos que al varón se le impide socialmente la expresión de emociones que pueden asociarse con debilidad, como miedo, tristeza o ansiedad, lo que propicia en ellos la búsqueda de vías alternas para poder manifestar estos afectos. El estado de intoxicación por sustancias faci-

ta la expresión de cualquier emoción, ya que la responsabilidad se deposita en la sustancia y no en el propio sujeto. Otra posible explicación podría asociarse con otro constructo social de la masculinidad mediante el cual se fomentan en los varones estilos de vida más orientados hacia la esfera pública, ubicándolos en el exterior de la casa, donde existe mayor posibilidad de contacto con las drogas. A la mujer, aún en estos tiempos, de diferentes formas se le fomenta permanecer en ámbitos privados, en especial en su casa, espacio donde está más alejada del mercado de sustancias ilícitas. Es una paradoja que una actitud social opresiva sea un factor de protección del consumo de drogas.

La población que acude a tratamiento a los CIJ en su mayoría son adultos jóvenes. La edad promedio al momento de solicitar atención es de poco más de 23 años en hombres y de 21 años en mujeres. El hecho de que las mujeres acudan a edad más temprana a atender su consumo puede tener una posible explicación: el uso de drogas, particularmente las ilícitas, es una conducta socialmente más estigmatizada en ellas que en varones, y por tanto la presión familiar y social es mayor para que abandonen el consumo. Por otra parte, tomando algunas ideas de la construcción social de género, a la mujer se le estimula a darle atención al cuidado de su salud, a diferencia del varón, en quien este autocuidado se valora como poco masculino: los varones “deben aguantarse”, “ser fuertes” y resolver sus problemas de manera independiente, sin ayuda de otro. También podríamos anotar, de acuerdo con lo expresado por Natera y colaboradores (2002), que el deterioro físico y social en las mujeres usuarias de drogas tiene lugar más rápido que en los hombres, lo que probablemente influya en que den antes el paso de la fase de contemplación a la de acción, y soliciten ayuda más pronto.

Pasando a la descripción de otras características sociodemográficas de esta población, encontramos que la mayoría son solteros (70%), dato esperable debido a su edad (alrededor de 22% estaban casados o vivían en unión libre, y 8% estaban separados, divorciados o eran viudos). Casi el 80% tienen estudios de nivel medio, y más de 7% estudios superiores. El 37% de los hombres desarrolla alguna actividad remunerada, en tanto que sólo 18% de las mujeres lo hace. En cuan-



to al estudio, se da una relación inversa: más mujeres (41%) que hombres estudian (30%). Por otra parte, el porcentaje de usuarios que estudian y trabajan es ligeramente mayor en hombres (aproximadamente 5%) que en mujeres (menos de 4%). En aquellos cuya principal ocupación son labores domésticas, encontramos casi exclusivamente mujeres.

En síntesis, el perfil sociodemográfico de los pacientes usuarios de sustancias que acuden a tratamiento a los CIJ es de personas jóvenes, en su mayoría hombres, solteros, con una escolaridad media, que en general realiza algún tipo de actividad productiva como estudiar o trabajar.

### Factores asociados a la demanda de tratamiento

Más de 80% de los casos reportó haber solicitado tratamiento debido principalmente al consumo de drogas ilícitas, no obstante que la mayoría también usaban tabaco y alcohol. Éste es un dato relevante, ya que la percepción de riesgo y daño por el consumo de sustancias legales es mucho menor al vinculado al uso de drogas ilícitas como marihuana, cocaína o metanfetaminas, quizá debido a su disponibilidad y aceptación social, que “normalizan” tal conducta. Para ubicar la importancia daremos tan sólo dos datos: en la *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, el número de fumadores activos en el país fue de 17.3 millones, y el de personas dependientes del alcohol de 4.9 millones. Las consecuencias para la salud del uso de estas sustancias están ampliamente documentadas.

La mayoría de estos usuarios tomó la decisión de acudir a tratamiento a los CIJ por iniciativa propia o por recomendación de algún familiar. No obstante, se encuentran algunas diferencias por género: las mujeres presentan porcentajes más altos en acudir por recomendación escolar, y los varones por condicionamiento legal o laboral. En una tercera parte de los casos era la primera vez que intentaba suspender el consumo; otra tercera parte lo había intentado solo. Poco más de 7% había buscado previamente ayuda de un profesional en salud mental.

El principal motivo actual para buscar ayuda son problemas con la familia (alrededor de 80%); le sigue

El perfil sociodemográfico de los pacientes usuarios de sustancias que acuden a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil es de personas jóvenes, en su mayoría hombres, solteros, con una escolaridad media, que en general realiza algún tipo de actividad productiva como estudiar o trabajar



problemas de salud (más de 40%). Las mujeres reportan en mayor proporción problemas de salud, psicológicos y escolares, en tanto los hombres reportan más problemas de tipo legal, laboral y conducta antisocial.

### ● Patrón de consumo de sustancias

La edad en la que se inicia el uso de drogas lícitas como tabaco y alcohol es alrededor de los 14 años, mientras que la edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas –incluyendo sustancias con utilidad médica utilizadas fuera de prescripción– es de 16. No se observan diferencias por género en la edad de inicio. Tanto hombres como mujeres reportan como principal motivo de iniciación la curiosidad, entendible si ubicamos que estarían en pleno periodo adolescente, caracterizado, entre otras expresiones conductuales, por una búsqueda de nuevas experiencias. Es importante notar que las drogas socialmente aceptadas y por tanto fácilmente asequibles –tabaco y alcohol–, son las principales sustancias de inicio. La disponibilidad es uno de los factores básicos asociados al consumo.

En la población usuaria masculina, el tiempo que transcurre entre el primer uso de alguna droga ilícita y la búsqueda de tratamiento es de más de siete años; en el caso del tabaco o alcohol, es de más de nueve. En mujeres, es alrededor de cinco años para drogas ilícitas, y siete años para uso de tabaco o alcohol. El mayor tiempo que existe entre el inicio en el consumo y la búsqueda de tratamiento en los varones podría ser explicada de la misma manera que se anotó antes. Ahora bien, el dejar transcurrir años antes de buscar ayuda es un dato frecuente en pacientes usuarios de sustancias. Por lo común, quien ha usado alguna droga ocasionalmente –experimentador– o aquel que las consume únicamente en contextos sociales no busca ayuda para abandonar su uso. El hecho de que el efecto inmediato de todos los psicotrópicos sea una sensación de placer o bienestar, y que los efectos dañinos no sean evidentes y menos aún en forma inmediata, hace que la intención de dejar de usar drogas se retarde por años. En este sentido, es importante anotar que existe amplia evidencia acerca de que el uso crónico de sustancias –lícitas o ilícitas– es un factor de alto riesgo para ocasionar daños a



la salud física y mental del individuo, y crea relaciones conflictivas con la familia y el entorno social –escuela, trabajo, comunidad–, por lo que las políticas públicas de salud deben fomentar programas de detección temprana y derivación oportuna para disminuir esta cronicidad y sus posibles daños concomitantes.

Para concluir este punto, añadiremos que el uso experimental o social no está carente de riesgos o daños, como podría parecer. Existen cierto tipo de sustancias, como el *éxtasis* –MDMA–, que desde la primera toma pueden crear alteraciones en el sistema nervioso central.

Poco más de la mitad de los pacientes (53%) presentaba un tipo de consumo que la institución clasifica como *usuario funcional*, lo que implica que a pesar de que el uso de drogas es importante por su frecuencia o cantidad, los usuarios mantienen algún tipo de actividad productiva como estudiar, trabajar, o ambas. Alrededor de 19% de los casos se clasificó como *usuario disfuncional*, debido a que el paciente no desarrolla ninguna actividad socialmente productiva. En esta categoría se ubicaron más varones que mujeres. El resto de los usuarios solicitantes de atención se clasificaron en *usuarios sociales u ocasionales* (14%) y *usuarios experimentadores* (10%). Nuevamente se reitera aquí el dato de que la mayoría de los consumidores de sustancias acuden a buscar tratamiento luego de estar utilizándolas durante periodos prolongados.

El hecho de que un importante porcentaje de usuarios de sustancias pueda mantenerse *funcional* (fuera del estado de intoxicación aguda) sin que sean evidentes las alteraciones físicas o conductuales –a excepción de consumidores de sustancias altamente adictivas y tóxicas como los opiáceos, las metanfetaminas y el *crack*, las cuales sí las causan rápidamente– retarda su acercamiento a instancias de salud y complica su tratamiento.

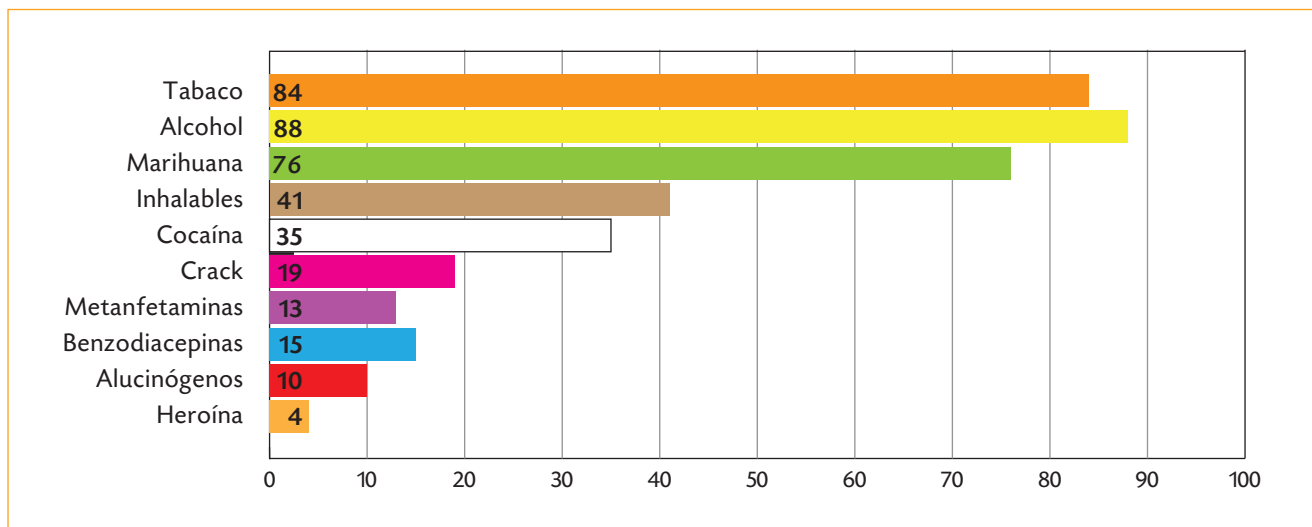
La principal droga ilícita de inicio fue la marihuana: en hombres, la consumen más de 60%; en mujeres, alrededor de 50%. Le siguen, en orden de frecuencia, los inhalables, especialmente en mujeres (más de 24%), y en hombres (menos de 20%); y la cocaína, la cual presenta casi idéntica proporción en ambos sexos (alrededor de 8%). En relación con otras drogas de inicio, los varones utilizan más *crack*, en tanto que las mujeres usan más depresores y metanfetaminas.

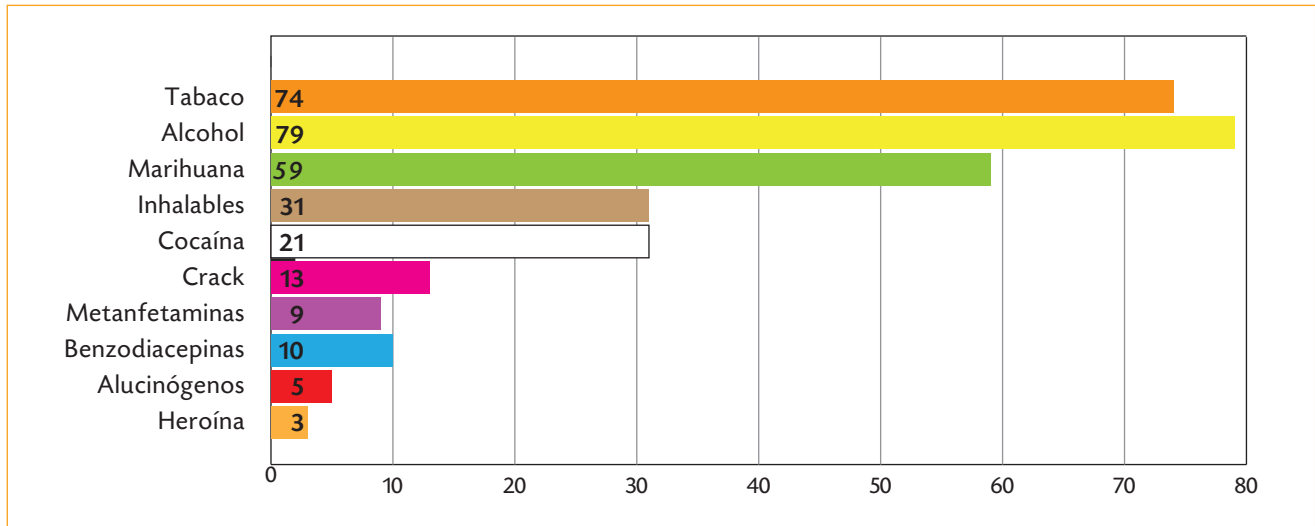
Las drogas de mayor consumo de “alguna vez” son el alcohol y el tabaco, mientras que la droga ilícita de mayor consumo es la marihuana. Los porcentajes se presentan en la Gráfica 1.

En promedio, el número de sustancias ilícitas utilizadas “alguna vez” fue de 2.5; en el último año, 1.7 (más de 40% consumió dos o más sustancias), y en los últimos 30 días, 1 droga (sólo 20% reportó el uso de dos o más sustancias).

Más de 97% de usuarios reportan consumo en los 12 meses previos a su ingreso a tratamiento. Las sus-

**Gráfica 1.** Porcentaje de consumo de sustancias “alguna vez”.



**Gráfica 2.** Porcentaje de consumo de sustancias en el último año.

tancias de mayor uso en ese periodo fueron alcohol y tabaco; y de drogas ilícitas, marihuana e inhalables (Gráfica 2).

Al menos en una ocasión en el transcurso del último año, excluyendo el uso de tabaco, alrededor de 45% de la población reportó el consumo en un mismo día de dos o más sustancias. Los hombres son quienes con mayor frecuencia combinan dos o más drogas.

La sustancia a la que estos pacientes usuarios atribuyen mayores daños tanto en su salud como en su entorno social, familiar, escolar o laboral fue la marihuana. Le siguen en menor frecuencia los inhalables y el alcohol.

Es muy relevante que el uso de marihuana ocupe el primer sitio entre las sustancias que más problemas les han ocasionado a los usuarios. Muy probablemente esto se deba a la mayor concentración de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) presente en la marihuana que hoy en día está a la venta, pues la ha vuelto más potente y adictiva que en décadas pasadas. La información sobre la experiencia de los usuarios con esta sustancia debería ser considerada en la creación de políticas públicas, como es el planteamiento actual de la legalización de esta droga.

Información epidemiológica como la descrita, junto con re-



sultados de investigaciones psicosociales, clínicas y de evaluación de programas, las cuales son realizadas de manera sistemática por el área de investigación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), retroalimenta la planeación, diseño, operación y modificación de sus programas de prevención y tratamiento. La investigación aplicada que realizan los CIJ es parte sustantiva de su quehacer institucional y permite, con evidencia científica, apoyar la toma de decisiones propia y de organismos nacionales vinculados al tema de adicciones.

**Ricardo Sánchez Huesca** es maestro en psicología clínica y doctor en psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es posgraduado en psicología clínica y psicoterapia en el Hospital Central Militar, y maestro en terapia familiar en el Instituto Superior de Estudios de la Familia. Ha tenido entrenamiento en comunidad terapéutica con adictos en el Centro Le Levant en Lausana, Suiza, y el Centro Italiano de Solidaridad, en Roma, Italia. Tiene más de 30 años de experiencia en la investigación, prevención y tratamiento de las adicciones. Actualmente ocupa la Dirección de Investigación, a nivel nacional, en los Centros de Integración Juvenil, la cual desarrolla investigación epidemiológica, psicosocial, clínica y evaluativa. Su línea de investigación principal es migración internacional, salud mental y consumo de drogas, estudios que se han publicado en revistas nacionales e internacionales, y han formado parte de libros científicos.

dir.investigacion@cij.gob.mx

**María del Carmen Fernández Cáceres** es licenciada en psicología por la Universidad Anáhuac y maestra en terapia familiar por el Instituto de Estudios Superiores de la Familia. Cuenta con más de dos décadas de experiencia en la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros de Integración Juvenil, institución donde actualmente ocupa la dirección general. Su línea de estudio en el tema de adicciones es género, terapia familiar y violencia. Ha sido compiladora y autora de libros como *Mujer y drogas*; *Tabaco y mujeres*; *Violencia familiar y adicciones*; *La evidencia en contra de la legalización de la marihuana e Inhalables: un problema reemergente de salud pública*. Ha obtenido reconocimientos a nivel nacional e internacional por su participación en la construcción de políticas públicas en la atención del consumo de sustancias.

dir.general@cij.gob.mx

## Bibliografía

- Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Salud Pública (2011), *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, México.
- Gutiérrez López, A. (2012), "Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil. Enero-junio, 2012", *Informe de investigación*, México, Centros de Integración Juvenil, A. C. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.
- Gutiérrez López, A. (2012), "Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil. Julio-diciembre, 2012", *Informe de Investigación*, México, Centros de Integración Juvenil, A. C. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2011), *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*, México, Instituto de las Mujeres del D. F.
- Natera, G., J. Mora y M. Tiburcio (2002), "Experiencia de las mujeres ante el abuso de alcohol y drogas de sus familiares", en M. A. Lara y V. N. Salgado (eds.), *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas*, México, Pax.