



Universidad de Quintana Roo

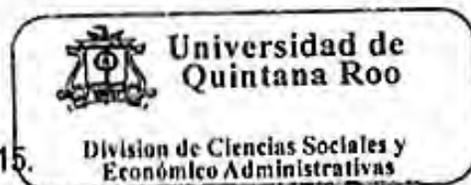
División de Ciencias Sociales y Económico Administrativas

El Consumo de drogas en jóvenes de Quintana Roo

**Trabajo de tesis
Para obtener el título de:
Licenciado en Seguridad Pública.**

**Presenta:
Miguel Ángel Chan Cab**

**Directora de tesis:
Dra. Maribel Lozano Cortés**



Chetumal, Quintana Roo, octubre de 2015.



Universidad de Quintana Roo

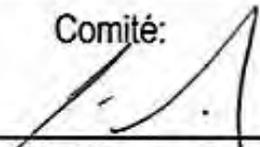
División de Ciencias Sociales y Económico Administrativas

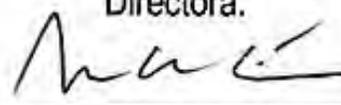
Trabajo de tesis elaborada bajo la supervisión del Comité de Asesoría y Supervisión.

Aprobado como requisito para obtener el título de:

Licenciado en Seguridad Pública.

Comité:


Dra. Maribel Lozano Cortés,
Directora.


Dra. Nuria Arranz Lara,
Supervisora.


Dra. Bertha Ek'ana Cárdenas Méndez
Supervisora


~~Mtro. José Luis Alamilla Baños,~~
Suplente.


Mtro. Enrique Cercas López
Suplente.

Chetumal, Quintana Roo, octubre de 2015.



Dedicatoria.

A dios.

Por haberme regalado la vida, brindarme salud, y guiarme, para lograr mis objetivos planteados a pesar de las dificultades que pudieron existir.

A mi familia.

Por brindarme su cariño y apoyo, especialmente a mi madre, por haber sacrificado tanto por mi educación y formación, tanto profesional como persona.

A mis amigos.

Aquellos que realmente valoran el significado de la amistad, y han estado en los buenos y malos momentos dentro y fuera del aula de clase, no me queda nada más que desearles éxito en sus vidas.

A mis maestros.

Que se esforzaron todos los días, por lograr que obtuviéramos el conocimiento necesario, para concluir con nuestras metas académicas, y por formar excelentes profesionistas. Muchas Gracias a todos.

Índice	Pág.
Introducción	5
Capítulo I El contexto de las drogas	
1.1 Antecedentes históricos de las drogas.....	7
1.2 Marco conceptual de las drogas.....	13
1.3 Marco Jurídico de las drogas.....	19
1.4 Clasificación de las drogas.....	28
1.5 Tipos de drogas.....	30
Capítulo II Consumo de drogas legales e ilícitas en el mundo	
2.1 El consumo de drogas ilícitas en el mundo.....	36
2.2 El consumo de alcohol en el mundo.....	41
2.3 El consumo de tabaco en el mundo.....	45
Capítulo III El consumo de drogas legales e ilícitas en América	
3.1 El consumo de drogas en el Continente Americano.....	49
3.2 El consumo de drogas en México.....	57
3.1.1 El consumo de alcohol de menores de edad, México.....	59
3.1.2 Consumo de tabaco de menores de edad, México.....	61
3.1.3 Consumo de drogas ilícitas en adolescentes, México.....	66
3.3 La postura de legalizar la marihuana en México.....	68
Capítulo IV El consumo de drogas en el estado de Quintana Roo	
4.1 El consumo de drogas en el Estado de Quintana Roo.....	72
4.2 El consumo de drogas en Chetumal.....	76
4.3 El consumo de drogas en estudiantes, Chetumal Quintana Roo.....	78
Conclusión	80
Propuesta	82
Bibliografía	86
Anexo	91

Introducción.

En la actualidad, México es considerado el segundo productor de opio, heroína y marihuana a nivel mundial, según datos del Reporte Mundial Sobre Drogas, avalado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2013). Cabe señalar, que diferentes países del Continente Americano son considerados los mayores productores de drogas a nivel mundial, tales como: Colombia, Bolivia y Perú, que son tres de los principales productores y distribuidores de cocaína en mundo.

Consecuencia de esto, son los altos niveles de consumo de sustancias ilícitas a nivel global, así como aquellas sustancias permitidas, que incrementa notoriamente año con año. Según la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y El delito, en el continente Europeo, los países que encabezan el lista de consumo de cocaína, son España, Italia y Australia. En el caso de América, Argentina, Estados Unidos y Chile ocupan los primeros lugares.

En México, según datos de La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), ha incrementado el consumo y sobre todo la adicción a las drogas, así mismo, el promedio de edad de personas que consumen alguna sustancia adictiva ha disminuido en promedio a 12 años de edad en hombres y mujeres, siendo; la Marihuana, la Cocaína, el Tabaco y el Alcohol las más consumidas, mientras que drogas sintéticas, como; Éxtasis, Speed, Ketamina “Special K”, entre otras, están ganado más popularidad entre población debido a los resultados que producen. Cabe mencionar que este tipo de drogas a diferencia de la marihuana o la cocaína, son producidos a partir del procesamiento de medicamentos “caducos” u “olvidados”, por las industrias farmacéuticas en laboratorios clandestinos, y son altamente peligrosos debido a que provoca daños irreversibles al sistema neurológico.

Mientras en la capital del Estado de Quintana Roo, el consumo de drogas en adolescentes se ha incremento de forma alarmante, según datos del Centro de Integración Juvenil de Chetumal (CIJ), solamente en el año 2012 se atendieron a más de 17 mil consumidores de drogas, las cuales fueron orientados, prevenidos y tratados médica y psicológicamente.

No obstante, de cada 100 consumidores de drogas de la capital, 35 eran menores de edad. Así mismo, se reveló que los consumidores tienen preferencia por el consumo de marihuana, crack, cocaína y alcohol, mientras que el porcentaje de personas atendidas por el Centro de Integración Juvenil de Chetumal que recaen en adicción, es de 4.7%.

Capítulo I.

El contexto de las drogas.

1.1 Antecedentes históricos de las drogas.

Durante años, el ser humano ha ingerido diversas sustancias, de manera oral, epidérmica, intramuscular, subcutánea, etc., las cuales son asimiladas por el organismo y luego convertidas en materia con el propósito de formar nuevas células, para mantener en pleno funcionamiento el cuerpo humano, estas corresponden a los alimentos o medicamentos. En contra parte, existen sustancias que alteran, deterioran o perjudican las funciones del cuerpo humano, principalmente las del sistema nervioso central, las cuales tienen por nombre droga.

En la antigüedad diversas culturas utilizaron drogas con fines comerciales, ancestrales y tradicionales, debido a que le atribuían grandes beneficios para la salud, la mente e inclusive económicos.

El opio, tradicionalmente conocido como “jugo de adormidera”, tuvo sus inicios 2000 años a.c, fue cultivado en la cuenca mediterránea, utilizado por griegos y romanos como antídoto de enfermedades y envenenamientos, si era consumido una o dos veces al día. Además se comercializaba a la población que pudiera costearlo, los registros hacen referencia que durante el año 312, existían aproximadamente 793 tiendas que comercializaban a la cultura romana dicha sustancia. En contraste, durante del cristianismo, el opio fue perdiendo fama sobre sus propiedades benéficas, y se empezó a estigmatizar, siendo considerada como “planta infernal con atributos meramente diabólicos”, y a su vez el consumo de vino, comenzaba a ser más notorio, debido a su utilización en tratamientos farmacológicos. (Escohotado A, 1998)

La cultura islámica, utilizaban el opio y el café, para contrarrestar diversos malestares del cuerpo, mientras que la cultura Árabe, empezó a cultivar grandes plantaciones en Turquía y Persia, que con el paso del tiempo se extendieron a territorio de Afganistán, Pakistán, India,

Indochina, Indonesia y China. Esta última cultura, fue protagonista en la llamada guerra del opio durante el siglo XIX contra Inglaterra. Cabe destacar que China utilizaba el opio desde el siglo X, y en Europa el consumo del opio era legal durante esa misma época, lo que representaba un beneficio para China, debido al contrabando de opio dejaba grandes aportaciones económicas, que eran utilizadas para el financiamiento de las diversas batallas, años más tarde fue prohibido el consumo en toda Europa. (Escohotado A, 1998)

De igual manera, personajes culturales de antaño, como filósofos y escritores, recomendaban a las personas consumir opio, porque consideraban que el vino era mala para la salud porque alteraban las facultades de la mente, mientras que el opio, si se consumía apropiadamente ordenaban las ideas de las personas.

La morfina, es un componente derivado del opio, descubierta a principios del siglo XIX, utilizado para contrarrestar el dolor, cuyo primer uso medicinal, fue durante la Guerra Civil Americana suscitada entre el año 1861 y 1865, e inclusive se le administraba a los combatientes para proporcionarles valor, surgiendo el padecimiento conocido como “mal del militar” o “dependencia artificial” consecuencia de consumir morfina. Además se empezó a comercializar en farmacias, y a regalar dosis en estuches firmadas por algunos orfebres con gran prestigio, los cuales contenían morfina en modalidad de inyección para uso personas, dicha sustancia estaba al alcance de toda la población, debido al bajo costo durante el año 1930, la industria farmacéutica ofrecía a la venta un gramo de morfina por tres pesetas, moneda acuñada en aquella época. Aun con el bajo costo de la morfina, no existía gran cantidad de adictos, que en su mayoría eran mujeres con más de la cuarta parte de la población adicta a dicha sustancia. (Escohotado A, 1998)

Un derivado más del opio, es la codeína, la cual fue descubierta en 1832 durante un proceso de aplicado a la morfina, utilizada como sedante, analgésico y antiespasmódico. Dicha sustancia fue explotada por la industria farmacéutica, debido a la poca restricción que tenía,

y al no ser considerada una droga, porque era necesario consumir una mayor cantidad de codeína para lograr los efectos propios del opio.

La heroína, fue descubierta en 1874, por el investigador especializado en química y física, Charles Romley Alder Wright. Posteriormente fue reelaborado en los laboratorios Bayer, que inicialmente era una fábrica de tintes, dichos laboratorios se beneficiaron y obtuvieron fama a nivel mundial con la aspirina y la heroína, las cuales vendieron juntas durante años, con la etiqueta titulada en sus productos “Esta sustancia produce un aumento en la actividad física del ser humano” y su condición heroica, de ahí su denominación, opacando los beneficios de la dominada morfina y consiguiendo que los consumidores de esta sustancia dejaran de utilizarla y optaran por consumir heroína.

En contraste durante la segunda guerra mundial, la heroína era considerada la perfecta droga maléfica, por su falta de utilidad terapéutica, por crear un hábito constante de consumo, es decir adicción y además, si era consumido en grandes cantidades provocaba la muerte casi de manera instantánea. La adicción que la heroína generaba, fue la causa principal para que los laboratorios Bayer detuvieran su producción en 1913.

La planta de coca, ha sido utilizada por años por culturas nativas en el Continente Americano, como los incas en Perú, se consumía la hoja de coca con el propósito de aliviar los malestares corporales, además el mascar hojas de coca era sinónimo de guerrero para los nativos. En lo que respecta a su comercialización, la industria farmacéutica y otras empresas utilizaban el principio psicoactivo de la planta de coca, llámense cocaína en sus productos y no es hasta 1914 que el país de Estados Unidos decreta la prohibición y utilización de la cocaína en productos. Dicho principio psicoactivo fue descubierto en 1859, mediante el proceso de extracción de alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato de sodio y éter, con el tiempo los médicos recomendaban consumir cocaína asegurando que era bueno para tratar padecimientos relacionados con los nervios, la adicción al alcohol, e incluso le beneficios estéticos para las mujeres.

En 1890 se desarrolla una nueva forma de consumir cocaína mediante un largo proceso era convertida en polvo, y utilizada de manera inhalada, antes se utilizaba por la vía intramuscular, intravenosa y de manera oral. Esta nueva modalidad de consumo, era exclusiva para los estratos sociales altos, de igual manera algunos cirujanos la utilizaban como anestésico o sedante. A pesar de ser una sustancia altamente adictiva y de ser catalogada, si es consumida en exceso como mortal para la salud, el único registro que se tiene de muerte por sobredosis de cocaína, fue en 1920 en Estados Unidos.

El cáñamo, es un arbusto silvestre que prolifera cada año, los registros más antiguos de la utilización de esta planta se remontan al cuarto milenio antes de cristo en China, dicha planta era considerada como fuente de felicidad y de vida por la cultura China. Por otro lado, en la cultura budista era utilizada como medio de meditación ancestral, mientras que en la época de la conquista romana, en la Europa celtica existieron grandes extensiones de cultivo de cáñamo, como tradición y sustento económico.

En la época grecorromana, se fumaban hojas de cáñamo en fiestas de la clase alta, dicha planta era importada desde Egipto, y no estaba al alce de toda la población al tener un costo muy elevado, con el paso del tiempo, el cultivo de cáñamo se extendió hasta el Continente Americano, convirtiéndose a países como México, Colombia, y el Caribe en grandes productores hasta la actualidad. Sin embargo, el pionero en el comercio de cáñamo a gran escala fue Estados Unidos, en el año 1988 en el norte del Continente Americano se cultivaba marihuana y los valores monetarios obtenidos por las hectáreas de producción ascendían a 33, 000, 000,000 millones de dólares, superando la producción de cereales.

El crack tuvo su primera aparición en 1982, con la denominada “epidemia de crack” en Estados Unidos, clínicas médicas la utilizaron en tratamientos como la artritis reumática, la vía de administración era inhalada por la nariz. Así mismo, el comercio de crack tuvo su auge en 1989, donde una piedra de crack tenía un costo en las calles de tres a cinco dólares. Por

otro lado en el Continente Europeo, el fumar de crack era una práctica que se popularizó a finales de los ochenta.

Las anfetaminas, son un derivado de la efedrina, aparecieron por primera vez en la industria farmacéutica de Estados Unidos en 1930, la utilizaban para mantener despiertas a las personas que se les aplicaban grandes cantidades de sedantes. Así mismo, se utilizó de manera inhalada para aliviar enfermedades como la congestión nasal, síntomas de mareo e incluso la obesidad, más tarde se empleó como antidepresivo. En 1938 se introdujo al mercado la metanfetamina, y las aminas estimulantes, las cuales marcaron el comienzo del denominado dopaje, siendo uno de los más significativos el ocurrido en Francia 1962, en donde 23 ciclistas que participaban en una carrera tuvieron que ser hospitalizados debido a una sobredosis por metanfetamina.

Así mismo, en la guerra civil española ocurrida entre 1931 y 1936, se consumieron grandes cantidades de anfetaminas para mantenerse activos en la batalla, por otro lado en Japón, se empleaban grandes cantidades de metanfetamina para embalsamar a los guerreros kamikazes, y al concluir la guerra, el país se enfrenta un serio problema de salud al tener millones de consumidores delirantes.

El LSD fue descubierto por casualidad en 1943, cuando el científica Hoffmann realizaba una investigación sobre los alcaloides del hongo llamado cornezuelo o ergot, con la finalidad de aplicarlo en la medicina. Dicho investigador buscaba un estimulante circulatorio y respiratorio cuando por accidente absorbió el material procesado, desencadenando una serie de reacciones en su sistema. En cuanto al éxtasis o MDMA, durante años psiquiatras y psicólogos la utilizaban como medicamento, hasta que al Policía Antinarcóticos Americana (DEA), en 1985 la prohibió debido a que argumentaban la carencia de uso médico, más tarde la Organización Mundial de la Salud avaló dicha decisión, prohibiendo su producción, venta y consumo.

Por otro lado, quizá una de las drogas aceptadas socialmente durante años, ha sido el consumo de alcohol, el cual aparece ya como un problema social en textos orientales y occidentales de la antigüedad, la primera mención del alcohol como un vicio fue en Egipto, sin embargo la en la cultura grecorromana, el consumir vino era una cuestión de ética y no médica, tal como la consideraban algunas cultura. Así mismo, algunas culturas religiosas orientales utilizaban el vino como sinónimo de armonía en ceremonias, de ahí que el cristianismo lo consagro como la “sangre de cristo”. Por su parte los romanos utilizaban el licor únicamente para venerar al dios Dioniso, símbolo de la vegetación y esperma, y no lo ingerían de manera regular porque no toleraban la embriaguez al estar prohibido en esa época, debido a sus consecuencias que le produce al ser humano, como temblores, convulsiones, delirios y un estado de desorientación mental y alucinaciones.

1.2 Marco conceptual de las drogas.

Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega (2001), definen a las drogas: “Las drogas son sustancias naturales o sintéticas que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales. Aunque algunas son utilizadas con fines médicos, para el tratamiento, prevención y diagnóstico de algunas enfermedades, gran parte de estas sustancias son utilizadas de maneras que causan daño a la integridad de la persona que las utiliza y de quienes están a su alrededor”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la define como; “Droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Mientras que el Manual Sobre la Dependencia de las Drogas de la Organización Mundial De la Salud en 1975, definió el termino droga, como: “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”. (Kramer y Cameron, 1975).

En 1977 la Organización Mundial de la Salud emitió un informe en donde definió el término de alcoholismo, sustituyéndolo por síndrome de dependencia al alcohol, el cual estableció como;

“Es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente sociocultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir, como enfermedades físicas, rechazo por parte de su familia, perjuicios económicos y sanciones penales, dándose también un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber”

“Existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en la que el planeamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre el de otras actividades. Además de estos cambios se observa un estado de alteración psicológica con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr alivio y aumento de la tolerancia”.

La dependencia a las drogas se debe al proceso repetido de consumo de alguna sustancia, que afecta el estado psicológico y físico, en el cual influyen múltiples factores, como el tipo de droga, la frecuencia de consumo, la cantidad y hasta del propio individuo. Existen una serie de indicadores que señalan cuando una persona se encuentra en la etapa de dependencia a alguna droga, tales como;

- La búsqueda insaciable de la droga.
- Pérdida de autocontrol.
- El cuerpo humano genera tolerancia a la sustancia, existe necesidad de consumir para sentir que el cuerpo funciona plenamente.
- Si la persona dejara de consumir la droga, aparecería el síndrome de abstinencia.

Dependencia física: Es la presencia de un estado fisiológico alterado que se manifiesta cuando se elimina repentinamente el consumo de la droga, logrando aparecer intensos trastornos físicos, como el denominado síndrome de abstinencia agudo, el cual desaparece cuando se reanuda el consumo de la sustancia.

Dependencia psíquica: Es la necesidad irrefrenable de buscar, conseguir y reiniciar el consumo de alguna droga de forma paulatina o continua, para producir placer o evitar el malestar. Generalmente es utilizado como sinónimo de conducta, es decir, conducta repetitiva que detona en un principio la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente la exposición a los estímulos y las conductas que recuerdan el consumo.

Dependencia social: Es la necesidad de consumir alguna droga, para obtener el sentimiento de pertenencia a un grupo social o buscar una identidad.

Síndrome de abstinencia: Es el conjunto de síntomas y signos bruscos de carácter físico y psicológico que surgen cuando se deja de consumir alguna sustancia alucinógena, la cual se consumía habitualmente y con la cual se generó dependencia.

En cuanto al uso o abuso de las drogas, se refiere que al consumir alguna droga, no necesariamente se presenta dependencia, si no al periodo de tiempo que se consume.

Esta definición especifica que para que una sustancia pueda considerarse como droga, es necesario que haya provocada dependencia en la persona, o modificado su esfera social. Puesto que la dependencia es consecuencia de las propiedades de un fármaco o droga, al entrar en contacto con el organismo después de haberse consumido por un periodo de tiempo largo.

El Competido de Normas Oficiales Mexicanas sobre el Derecho a la Protección de la Salud (2010), extiende en su apartado titulado: “Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones”, una serie de definiciones, entre las cuales destacan: Adición o dependencia: es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivo y fisiológico, que se desarrolla a partir del consumo constante de una sustancia psicoactiva.

Adicto o Farmacodependiente: es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

Adicto en recuperación: Es la persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y se encuentra en un proceso de reinserción social.

Alcoholismo: Síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

Comunidad terapéutica: Es la modalidad de tratamiento residencial, empleada para la rehabilitación de adictos, en al cual se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer

posible la reinserción social, a través del apoyo mutuo. Generalmente son operadas por equipos mixtos de adictos en recuperación en conjunto con profesionales de la salud.

Consumo de sustancias psicoactivas: Es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

Factores de riesgo: Atributo o exposición de una persona o población, que se encuentran asociados a una probabilidad mayor de uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Grupo de alto riesgo: Es aquel en los que se ha demostrado, a través de múltiples investigaciones y estudios realizados, que tienen características biopsicosociales, y se encuentran con una mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, tales como: niños y adolescentes.

Intoxicación aguda: Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, en la cual se originan perturbaciones a nivel de la conciencia, en la percepción, en la afectividad o en comportamiento, e inclusive en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

Patrón de consumo o historia de consumo: Se refiere al conjunto de factores que determinan una forma particular de uso, en base al tipo de sustancia psicoactiva, edad de inicio de consumo, frecuencia de consumo, cantidad, la forma de consumo, la intoxicación y los problemas asociados.

Prevención: Son el conjunto de acciones encaminadas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, así como disminuir la situación de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

Rehabilitación del adicto: Es el proceso por el cual el individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas ha alcanzado un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Reinserción social: Son el conjunto de acciones que promueven un estilo de vida de calidad, a quien usa, abusa o depende de alguna sustancia psicoactiva.

Síndrome de dependencia: Se refiere al conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencia la pérdida de control de una persona sobre el consumo habitual de sustancias psicoactivas.

Sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga: Es la sustancia que altera las funciones mentales y en ocasiones físicas, que al ser consumida de manera constante pueden dar origen a una adicción. También incluye algunas sustancias, como estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud y que son de uso médico, uso industrial, derivados de origen natural empleados en la farmacéutica naturalista, incluido el tabaco y las bebidas alcohólicas.

Tratamiento: Es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia, así como la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, la reducción de los niveles de riesgo y daños, erradicar los padecimientos originados por el consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de alguna sustancia psicoactiva, como del círculo familiar y social.

Usuario: Es aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso y dependencia de alguna sustancia psicotrópica.

Por otro lado, la Ley General de Salud a nivel federal, señala una serie de definiciones en lo que respecta a delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo, entre los que destacan:

Comercio: Es la venta, compra, adquisición o enajenación de algún narcótico.

Farmacodependencia: Es el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivo y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos.

Farmacodependiente: Es toda aquella persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos.

Consumidor: Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presenten signos ni síntomas de dependencia.

Posesión: Es la tenencia de material narcótico o cuando estos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

Suministro: La transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de algún narcótico.

1.3 Marco Jurídico de las drogas.

La ley General de Salud (última reforma DOF 20-04-2015), vigente en la República Mexicana, señala en sus diversos apartados y artículos relacionados a la protección de la salud, lo siguiente:

Artículo 1°. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 1°, Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La ley General de Salud, señala en el Capítulo I: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Artículo 184 Bis. Se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las Adicciones que regula la presente Ley, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los artículos 185 y 191 de esta Ley, así como el Programa contra el Tabaquismo previsto en la Ley General para Control del Tabaco.

Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y

privadas relacionadas con la salud. El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.

La ley General de Salud, señala en el Capítulo II: Programa para la Prevención, Reducción y Tratamiento del uso nocivo del Alcohol, la Atención del Alcoholismo y la Prevención de Enfermedades derivadas del mismo.

Artículo 185. La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos.
- II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a menores de edad y grupos vulnerables, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva.
- III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.
- IV. La promoción de los servicios de prevención, detección temprana, orientación, atención, derivación y tratamiento a personas y grupos con uso nocivo del alcohol.
- V. El fomento de la protección de la salud considerando la educación, promoción de actitudes, factores de protección, habilidades y conductas que favorezcan estilos de vida activa y saludable en los individuos, la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.

La ley General de Salud señala en el Capítulo III. Bebidas alcohólicas.

Artículo 218. Toda bebida alcohólica, deberá ostentar en los envases, la leyenda: "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", escrito con letra fácilmente legible, en colores contrastantes y sin que se invoque o se haga referencia a alguna disposición legal.

Artículo 220. En ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad. La violación a esta disposición será equiparable con el delito de Corrupción de Personas Menores de Dieciocho Años de Edad o de Personas que no tienen Capacidad para comprender el Significado del Hecho o de Personas que no tienen Capacidad para Resistirlo.

La ley General de Salud, señala en el Capítulo IV. Programa Contra la Farmacodependia.

Artículo 191. La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.
- II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y.
- III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

La información que reciba la población deberá estar basada en estudios científicos y alertar de manera clara sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

La ley General de Salud señala en el Capítulo VII: Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo de la ley:

Artículo 479. Para los efectos de este capítulo se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en el listado siguiente:

Tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato.		
Narcótico.	Dosis máxima de consumo personal e inmediato.	
Opio.	2 gramos.	
Diacetilmorfina.	50 miligramos.	
Cannabis sativa, indica o marihuana.	5 gramos.	
Cocaína.	500 miligramos.	
Lisergida (LSD)	0.015 miligramos.	
	Polvo, granulado o cristal.	Tabletas o capsulas.
MDA, Metilendioxi-anfetamina.	40 miligramos.	Una unidad con peso no mayor a 200 miligramos.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletamina.	40 miligramos.	Una unidad con peso no mayor a 200 miligramos.
Metanfetamina.	40 miligramos.	Una unidad con peso no mayor a 200 miligramos.

Artículo 481. El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto identifique que una persona relacionada con un procedimiento es farmacodependiente, deberán informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a que se le haya considerado farmacodependiente, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

En cuanto al ámbito Estatal, la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo (última reforma 09-12-2014), señala en su apartado titulado; Programa Contra las Adicciones.

La Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, señala en el Capítulo I. Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas.

Artículo 152. El Gobierno del Estado se coordinará con las Autoridades Sanitarias Federales para la ejecución en el Estado del Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La prevención y tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos.
- II. La educación sobre los efectos del alcohol en salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva.
- III. El fomento de actividades cívicas, deportivas o culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo especialmente en zonas rurales en los grupos de población considerados de alto riesgo.

- IV. Ejercer medios de control en los expedidos de bebidas alcohólicas para prevenir su venta y consumo, a menores de edad e incapaces.

Artículo 153. Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, las Autoridades Sanitarias del Estado, en coordinación con otras dependencias y entidades públicas, realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos:

- I. Causas de alcoholismo y acciones para controlarlas;
- II. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;
- III. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y
- IV. Efectos de abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.

La Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, señala en el Capítulo II. Programa Contra el Tabaquismo.

Artículo 154. El Gobierno del Estado se coordinará con la Autoridades Sanitarias Federales para la ejecución en el Estado del Programa contra el Tabaquismo, que comprenderá entre otras, las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo, y
- II. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación de la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos, de acuerdo a lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud.

Artículo 155. Para poner en práctica las acciones contra el tabaquismo, se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- I. La investigación de las causas del tabaquismo y de las acciones para controlarlas.
- II. La educación a la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes.

La Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, señala en el Capítulo III. Programa Contra la Farmacodependencia.

Artículo 156. El Gobierno del Estado, realizará acciones coordinadas con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, en la ejecución del Programa Nacional contra la Farmacodependencia, en los términos del Acuerdo de Coordinación específico que celebren ambos órdenes de gobierno.

La Secretaría de Salud del Estado, atendiendo a lo dispuesto en el párrafo anterior deberá:

- I. Coordinarse con la Secretaría de Salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud, atendiendo al programa nacional de prevención y tratamiento de la farmacodependencia de conformidad a los convenios respectivos.

Los programas y acciones para el combate a la farmacodependencia observarán en todo momento el respeto a los derechos humanos y se regirán en el respeto a la integridad y libre voluntad del farmacodependiente, con excepción de lo previsto en el segundo párrafo del artículo 193 Bis de la Ley General de Salud.

- II. Promover y llevar a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de estupefacientes y psicotrópicos.
- III. Coordinar y promover con los sectores público, privado y social las acciones para prevenir la farmacodependencia.
- IV. Crear y mantener actualizado un padrón de instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia.

- V. Crear indicadores y bases de datos que permitan identificar zonas, sectores y grupos de alto riesgo en materia de farmacodependencia.
- VI. Supervisar a las instituciones y organismos públicos y privados para que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, apegándose al respeto de la integridad y libre decisión del farmacodependiente;
- VII. Construir indicadores públicos sobre los índices de farmacodependencia en el Estado.
- VIII. Fomentar la participación comunitaria y coordinación con las autoridades federales y las instituciones públicas o privadas para la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones del proceso de superación de la farmacodependencia.

Las instituciones y organismos públicos y privados que realicen actividades de prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, deberán remitir a la Secretaría la siguiente información:

- a) Los datos generales de las personas que ingresen a dichas instituciones u organismos con la finalidad de recibir tratamiento;
- b) Tipo de tratamiento o rehabilitación
- c) El número de farmacodependientes que concluyeron o no, exitosamente sus tratamientos.

Esta información se utilizará exclusivamente con fines estadísticos, y sin señalar identidades, para la prevención de la farmacodependencia. La información estará protegida en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Quintana Roo.

- IX. Elaborar un Programa Estatal para la Prevención y Tratamiento de la farmacodependencia, cuyos objetivos sean concordantes con el programa nacional en la materia.
- X. Promover convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales en materia de farmacodependencia.

Artículo 157. El Gobierno del Estado y los Municipios para evitar y prevenir el consumo de sustancias inhalantes, que produzcan efectos psicotrópicos en las personas, se ajustarán a lo siguiente:

- I. Determinarán y ejercerán medios de control en el expendio de sustancias inhalantes, para prevenir su venta y consumo por parte de menores de edad e incapaces.
- II. Establecerán sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio y uso de dichas sustancias, para evitar el empleo indebido de las mismas.
- III. Brindarán la atención médica que se requiera, a las personas que realicen o hayan realizado el consumo de inhalantes.
- IV. Promoverán y llevarán a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo sustancias inhalantes.

A los establecimientos que vendan o utilicen sustancias inhalantes con efectos psicotrópicos que no se ajusten al control que dispongan el Gobierno Estatal y los Municipios, así como los responsables de los mismos, se les aplicarán las sanciones administrativas que correspondan en los términos de esta Ley.

1.4 Clasificación de las drogas.

La Organización Mundial de la Salud, clasifica los diferentes tipos de drogas, de acuerdo a los efectos que produce en el sistema nervioso central, de las personas que consumen dichas sustancias en:

Depresoras: son aquellas que disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión. Son consideradas drogas depresoras el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona).

La más mínima dosis de estas drogas, puede causar alteraciones al ritmo cardiaco, respiración, o entorpecer los movimientos corporales.

Estimulantes: Son drogas que aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. Dentro de este grupo se incluyen la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y la mayor parte de las sustancias de síntesis y de las nuevas sustancias psicoactivas.

Alucinógenos o psicodélicos: Se caracterizan por su capacidad de producir distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Incluyen sustancias de una amplia variedad de fuentes naturales y sintéticas, y son estructuralmente diferentes.

Por otro lado, las drogas se clasifican de acuerdo a su situación legal de dos formas:

Drogas legales: Son aquellas sustancias que su consumo no está prohibido por la ley, y pueden generar alteraciones al sistema nervioso central si son consumidas en exceso, tales como el tabaco, el café, los medicamentos, el alcohol, entre otros de venta general o médica.

Drogas ilegales: Son aquellas drogas cuyo uso está estrictamente prohibido o penalizado por la justicia, inclusive cuando exista prescripción médica, puesto que su consumo alteran el correcto funcionamiento del sistema nervioso central.

1.5 Tipos de drogas.

Alcohol.

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso, la cual afecta la capacidad de autocontrol, reduce las funciones cerebrales, produce descoordinación motriz además de intoxicación etílica aguda. El etanol o alcohol etílico, es la principal sustancia que contienen las bebidas alcohólicas, la cual puede producir, hipertensión arterial, agresividad, psicosis o enfermedades como cáncer o cirrosis hepática, si se consume de manera descontrolada.

La siguiente historia es de la vida de un joven alcohólico:

“Cuando tenía 13 años, mis amigos se reían de mí si no tomaba una copa. Me dejé llevar porque era más fácil unirse al grupo.

Yo era muy infeliz y sólo bebía para escapar de mi vida. Salía cada vez menos y por eso empecé a perder a mis amigos, y cuanto más sola me sentía, más bebía. Era violenta y estaba fuera de control. Nunca supe lo que estaba haciendo. Estaba haciendo trizas a mi familia.

Expulsada de mi casa a los 16 años, me convertí en una indigente y comencé a pedir limosna para comprar bebida. Después de años de consumo, los médicos me dijeron que mi salud había sufrido un daño irreparable.

Tenía sólo 16 años pero mi hígado estaba seriamente dañado y estuve muy cerca de matarme debido a todo lo que estaba bebiendo”. (Entrevista a Samantha, citado en la Fundación por un Mundo Libre de Drogas)

Tabaco.

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. El humo generado por el tabaco, es una mezcla de gases, vapores y diversas partículas, la cual contiene más de dos mil sustancias diferentes. Entre las cuales destacan, la nicotina, que es un alcaloide con efecto estimulante en el sistema nervioso, causa dependencia y se activa en el cuerpo a través de la sangre en siete segundos, con una durabilidad de dos horas. El alquitrán, cuya principal consecuencia de ingerir esta sustancia, es el cáncer de pulmón. El monóxido de carbono, el

cual genera enfermedades de tipo cardiovascular, además de amoniacos, ácido cianhídrico y fenoles, los cuales producen enfermedades respiratorias.

El tabaco produce dependencia física y psicológica, con efectos de irritabilidad, ansiedad por el deseo de fumar, perturbaciones del sueño o enfermedades como el cáncer.

La siguiente historia es de la vida de un joven consumidor de tabaco:

“Brandon, de 31 años, empezó a fumar a mediados de la adolescencia y a los 18 años se le diagnosticó la enfermedad de Buerger; es un trastorno vinculado al consumo de tabaco que provoca el bloqueo de los vasos sanguíneos de las manos y los pies, y puede ocasionar infección o gangrena”.

Nueve años después, luego de perder las dos piernas y varias yemas de los dedos por esta terrible enfermedad, dejó de fumar para siempre. Libre del cigarrillo desde hace 4 años, Brandon no ha tenido más amputaciones, pero aún debe enfrentar las consecuencias de la doble amputación que se le practicó”. (Entrevista a Brandon, citado en el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades)

Cannabis.

El cannabis es una droga que se extrae de la planta Cannabis sativa. De la cual se origina la marihuana, que se obtiene de la trituration de flores, hojas y tallos secos de la planta, la cual contiene una sustancia llamada delta-9-THC o Tetrahidrocannabinol, mejor conocida como THC, la cual produce una sensación de euforia para los consumidores, con un efecto inmediato. El hachís, extraído de la resina que se almacena en las flores de la planta con un porcentaje entre 1 y 5% de concentrado de THC y el aceite de hachís, que es una resina de hachís disuelta y concentrada, el cual contiene entre 25 y 50% concentrado de THC.

La siguiente historia es de la vida de un joven consumidor de marihuana:

“Empecé a consumirla en una fiesta, tras un desafío de un ‘buen’ amigo que dijo que yo era demasiado gallina para fumar mota y beberme un litro de cerveza. Yo tenía catorce años en aquel entonces. Después de 7 años de consumir drogas y beber, me encontré a mí mismo al final del camino siendo adicto. Ya no consumía más para sentir euforia, sólo consumía para sentir alguna apariencia de normalidad.

Entonces empecé a tener sentimientos negativos sobre mí mismo y mis propias habilidades. Odiaba la paranoia. Odiaba que me miraran por encima del hombro todo el tiempo. Realmente odiaba no confiar en mis amigos”.

Me volví tan paranoico que aparté de mi vida a todos y me encontré a mí mismo en un terrible lugar en donde nadie quiere estar: yo estaba solo. Me levantaba por la mañana, tomaba drogas y continuaba tomándolas durante el día”. (Entrevista a Paul, citado en la Fundación por un Mundo Libre de Drogas).

Cocaína.

La cocaína es droga que afecta el sistema nervioso central, se obtiene del proceso químico de las hojas de arbusto de coca “*Erythroxylum coca*” y es una de las drogas más adictivas que existen. A partir del proceso del arbusto de coca, se pueden extraer diversos derivados, como la cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína, que es la presentación más conocida en el mundo de las drogas, generalmente se consume inhalada por la nariz, el efecto es inmediato, y su tiempo de durabilidad es de 2 a 3 horas. El Basuko o Pasta de coca, es un derivado de la cocaína, que se consume mezclado con tabaco o marihuana. Crack o Cocaína base, esta droga es muy adictiva, se consume fumada y su efecto es instantáneo.

La siguiente historia es de la vida de un joven consumidor de cocaína:

“Ya no tenía más futuro. No podía ver cómo escapar de mi dependencia a la cocaína. Estaba perdida. Estaba que explotaba y era incapaz de pararme en el consumo y abuso continuo de la cocaína. Tenía alucinaciones en las que

animales se arrastraban bajo mi piel. Los sentía cada vez que me inyectaba y me rascaba con la punta de la jeringa hasta que empezaba a sangrar, tratando de hacerlos salir. Una vez estuve sangrando tanto que me tuvieron que llevar al hospital”. (Entrevista a Susan, citado en la Fundación por un Mundo Libre de Drogas)

Heroína.

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos. Procesada en 1874 por primera vez, al tratar de buscar un fármaco con la potencia analgésica de la morfina, pero sin su capacidad adictiva, aunque pronto se comprobó que sus riesgos y efectos negativos eran superiores a los de la morfina y la mayoría de los países occidentales suspendió su uso médico. La presentación comercial de la heroína es en polvo, inodoro y fino, además puede tener un proceso con distintas sustancias, como es la lactosa, bórax, almidón. La vía de administración de la heroína, puede ser a base de inyección, en forma de cigarro e inalada por la nariz.

La siguiente historia es de la vida de un joven consumidor de heroína:

“Desde el día que comencé a usarla, nunca paré. A la primera semana ya había pasado de inhalarla por la nariz a inyectármela. Al mes ya era adicta a ella y me gasté todo mi dinero. Vendí todo lo que poseía de valor y al final todo lo que mi madre poseía. Al año, lo había perdido todo.

Vendí mi coche, perdí mi trabajo, me echaron de casa de mi madre, y tenía una deuda en tarjetas de crédito por valor de 25 mil dólares, y vivía en las calles de Camden, Nueva Jersey. Mentí, robé, engañé. Fui violada, golpeada, asaltada, maltratada, arrestada, no tenía casa, estaba enferma y desesperada. Sabía que nadie podía vivir así por mucho tiempo, y que la muerte era inminente. Y de cualquier manera, la muerte era mejor que vivir como una

adicta”. (Entrevista a Alison, citado en la Fundación por un Mundo Libre de Drogas)

Éxtasis.

El éxtasis es una droga sintética, también conocida, como: XTC, MM, MDN, Split, Snoopy, etc., obtenida del proceso químico de la anfetamina (Estimulante) y la mescalina (Alucinógeno), con efectos neuroestimulantes, alucinógenos y psicoestimulantes, que agudiza los sentidos, especialmente el tacto, produce la sensación de bienestar además de proporcionar un efecto vigorizante hacia los consumidores. La forma de consumo del éxtasis es a través de la vía oral en forma de pastillas, capsulas o tabletas.

La siguiente historia es de la vida de un joven consumidor de éxtasis:

“En una fiesta rave, vi a un chico, que se había atiborrado de éxtasis, repetir durante horas: ‘Soy una naranja, no me peles, soy una naranja no me peles’. Y otro chico pensaba que era una mosca y no dejaba de golpear su cabeza contra la ventana. Depresión, ansiedad, estrés, pesadillas recurrentes por la noche y horribles dolores de cabeza, etc., son algunas de las cosas que me afectaron después de que tomé éxtasis.

Estuve a punto de morir. Sólo hizo falta una noche, unas pocas pastillas [de éxtasis], y beber alcohol. Esta droga es realmente fatal, y en verdad doy las gracias por estar viva. No puedo describir lo difícil que es hacer frente a estas pesadillas todo el tiempo. Me despierto empapada en sudor y dando gracias a Dios, y estar tan agradecida que no es más que otra pesadilla. Rezo para que en un momento las pesadillas se desvanezcan. Ninguna droga merece la pena por el viaje”. (Entrevista a Liz, citado de la Fundación por un Mundo Libre de Drogas)

Drogas sintéticas.

Las drogas sintéticas, surgen a partir del proceso químico de medicamentos controlados en laboratorios con el fin de lograr un resultado psicoactivo, entre estas destacan, el extasis, la Ketamina, PCP “Polvo de ángel”. Los daños provocados por estas drogas recaen el sistema neurológico y son irreversibles.

La siguiente historia es de la vida de un joven consumidor de drogas sintéticas:

“Mi vida se salió de control después de una simple ‘salida nocturna de chicas’ para aliviar el aburrimiento. Después de que la probé por primera vez a los cuarenta años, durante tres años estuve inyectándome metanfetamina. Dejé a mi esposo y tres hijos (de diez, doce y quince años) y terminé viviendo en la calle”. (Entrevista a Marie, citado de la Fundación un Mundo Libre de Drogas).

Capítulo II.

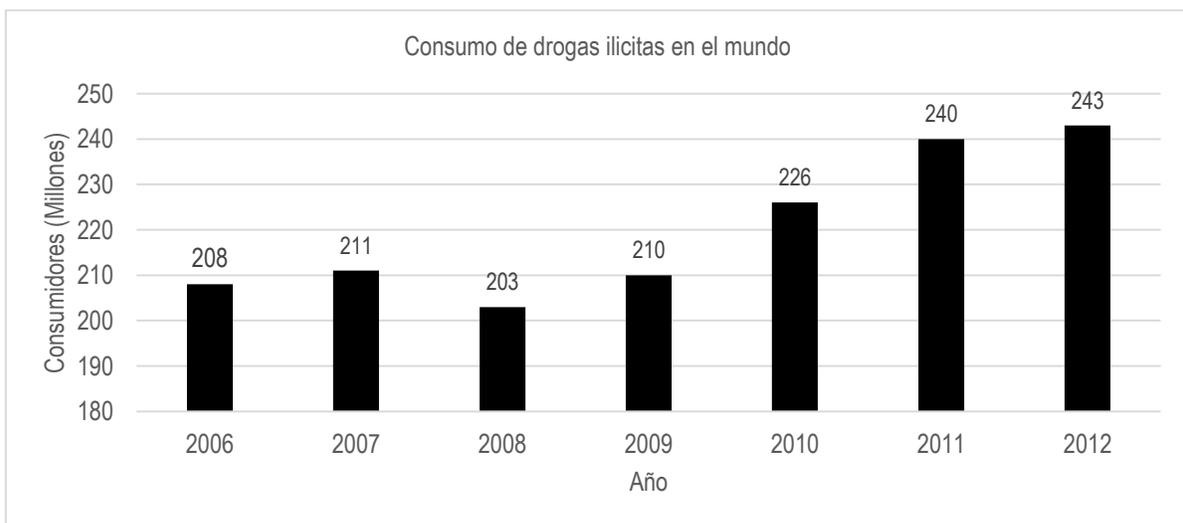
Consumo de drogas legales e ilícitas en el mundo.

2.1 El consumo de drogas ilícitas en el mundo.

El consumo de drogas, es un problema de salud que aqueja a todo el mundo, desde sociedades altamente desarrolladas como en el continente europeo, hasta países con una economía deteriorada como los existentes en el continente americano, los cuales son considerados como los principales productores y distribuidores de droga en el mundo. Así mismo, existen diversos factores para que el consumo de drogas este ala alza, como pueden ser psicológicos, biológicos, servicio o desarrollo social, inclusive hereditarios, los que pueden derivar en la dependencia del consumo de las drogas.

Según el Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014), existen más de 240 millones de consumidores de drogas en el mundo en el mundo. El consumo de droga de algún tipo varía entre hombres y mujeres, existiendo un alto porcentaje de probabilidades de que los hombres consuman unas tres veces más drogas que las mujeres. En el mismo sentido, existen unas 27 millones de persona en el mundo, que consumen de manera habitual o son dependientes de algún tipo de droga.

Grafica 1. Consumo de drogas ilícitas en el mundo



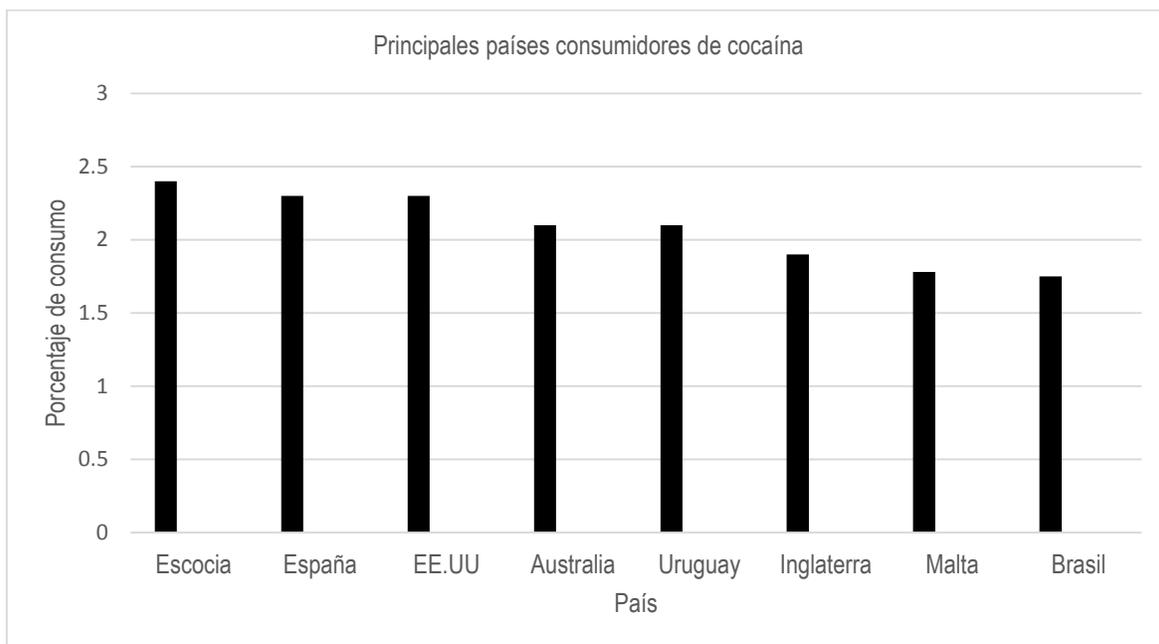
FUENTE: Datos extraídos del Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014).

La marihuana es la droga ilícita más consumida en el mundo, se estima que existen alrededor de 224 millones de personas entre 15 y 64 años que consumen dicha sustancia, el 24 % del total de los consumidores en el mundo se encuentran en el continente americano, en su mayoría en el zona norte con 81 %, principalmente en Estados Unidos seguido muy de cerca por Canadá, en México el consumo de marihuana representa el 1 % del total de consumidores del continente, en los países centroamericanos se registra 2,4 % de consumidores, similar al sur del continente, mientras que los países del hemisférico norte representa 6,6 % de consumidores, el resto corresponde al caribe. (ONUDD2014)

Respecto al consumo de cocaína, la ONUDD estima que existen alrededor de 0,3 % y 0,4 % de personas entre 15 y 64 años en todo el mundo consumieron dicha sustancias por lo menos una vez durante el año 2011.

En el continente americano, el número de consumidores de cocaína alcanza los 7,4 millones, lo que representa aproximadamente el 45% del total de consumidores en el mundo, siendo Argentina, Colombia, Chile y Estados Unidos. Mientras tanto, el consumo de la sustancia ilícita conocida como pasta base de cocía (PBC), ha incrementado su consumo en los últimos 10 años en países como Argentina, Chile y Uruguay, o Brasil, en donde la cocaína fumable tiene gran presencia entre los consumidores, en contra parte en la región de Centroamérica y Norteamérica el consumo de PBC es menos frecuente. Respecto al consumo de heroína, Estados Unidos y Canadá son los dos principales consumidores de esta sustancia ilícita, así mismo México y Colombia han tenido un incremento alarmante en el consumo de heroína, considerando que han sido países identificados como productores o distribuidores de drogas ilegales durante décadas. Mientras que países que se ubican en el Caribe han tenido una evolución en el consumo de heroína, esto ocasionado por las deportaciones por parte de Estados Unidos, lugar donde tuvieron su primer contacto con la heroína.

Grafica 2. El consumo de cocaína en el mundo.

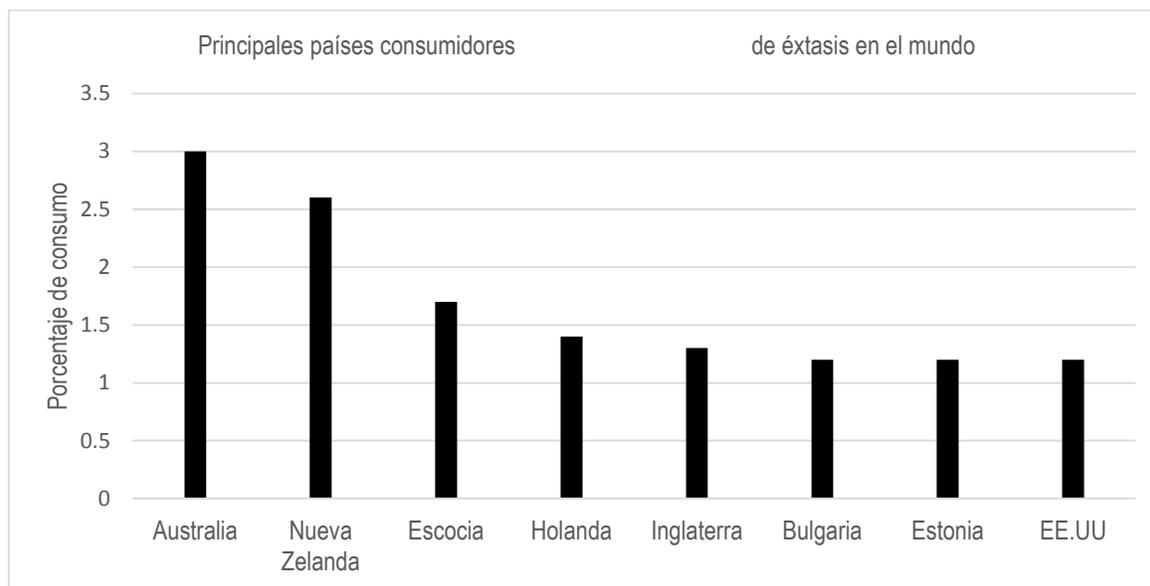


FUENTE: Datos extraídos del Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014).

En el mismo sentido, el consumo de anfetaminas en el mundo, ocupa el segundo lugar en sustancias ilícitas solo después de la marihuana. Según la ONUDD, existen entre 14 y 53 millones de personas que consumen anfetaminas alrededor del mundo, siendo el éxtasis la sustancia preferida por los consumidores.

Según el Informe Sobre Drogas de la Organización de las Naciones Unidas (2013), la proliferación de drogas sintéticas como el Éxtasis para el consumo ha tenido un incremento alarmante en países desarrollados, siendo Australia el principal consumidor con un 3,0 %, respecto al porcentaje total de consumidores en el mundo. Estados Unidos ocupan el octavo lugar en mayor consumo de éxtasis en el mundo, similar al país de Bulgaria y Estonia.

Grafica 3. El consumo de éxtasis en el mundo.



FUENTE: Datos extraídos del Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014).

En el Continente Americano, Canadá y Estados Unidos son los principales consumidores, de igual forma en países en la población joven de los países del hemisferio el consumo esta ala alza. En lo que respecta a las drogas de tipo inhalables, como “Snappers” o “Poppers”, su consumo se ha incrementado en países como Brasil, Jamaica, Trinidad y Tobago, Guyana, Estados Unidos y México, de la misma forma, el abuso en el consumo de fármacos ha tenido un incremento en Norteamérica, a diferencia de América latina y el Caribe, siendo los analgésicos derivados de los opioides, tranquilizantes y sedantes los más consumidos, además de los sedantes como la benzodiacepinas y estimulantes derivados del metilfenidato o destroanfetamina.

Se estima que durante el año 2011, en Estados Unidos 2,4% de la población mayor a 12 años había ingerido de manera irregular algún tipo de fármaco sin justificación médica. Mientras que en México, el consumo de fármacos es bajo, la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), índico que la población entre 12 y 65 años consumieron algún tipo de fármaco sin la preinscripción debida, lo que representa un 0,4% del total de los consumidores del continente.

En países del Sur y Centro América, existe mayor tendencia de consumo de medicamentos derivados de opioides que de heroína, debido al fácil acceso de medicamentos sin preinscripción médica.

En cuanto al consumo de drogas inyectables, la Organización Mundial de la Salud advierte sobre las consecuencias a la salud de los consumidores. La OMS indicó que existen casi 16 millones de personas que utilizan drogas por este método, de las cuales un promedio de 3 millones han sido infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), lo que representa que un promedio de una por cada diez infecciones de VIH, son causadas por emplear este método. Europa Oriental y Asia Central, son las regiones del mundo donde se presentan más casos de infecciones de VIH, relacionadas con inyecciones para suministrar alguna droga.

Como medida para combatir el problema de consumo de drogas inyectables, la OMS ha adoptado una serie de medidas para disminuir los daños causados, encaminados a la prevención, el tratamiento y atención médica especializada a las personas;

- Programas de distribución de agujas y jeringuillas.
- Tratamiento de la drogodependencia, en particular mediante la terapia de sustitución con opiáceos.
- Asesoramiento y pruebas del VIH.
- Tratamiento y atención del VIH.
- Información, educación y asesoramiento de reducción del riesgo.
- Distribución de preservativos y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

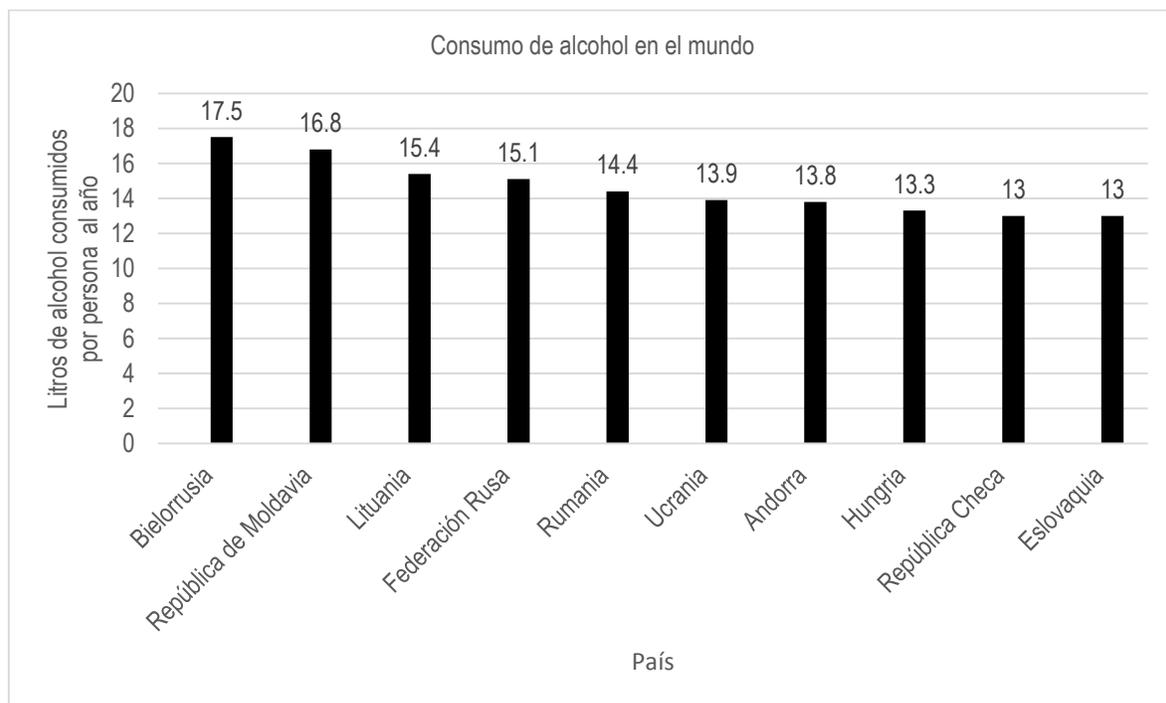
2.2 El consumo de alcohol en el mundo.

El consumo de alcohol, es un problema de salud que aumenta cada año de manera alarmante, y las consecuencias que conlleva esta sustancia son diversas, desde la dependencia, enfermedades o hasta accidentes que cada año ocurren. Son diversos los factores que existen para el que el consumo de alcohol este en aumento, desde el factor social y económico, hasta el fácil acceso a bebidas alcohólicas, que en muchas partes del mundo el consumo y comercio es permitido, y depende de cada país, formular políticas de salud para reducir el consumo y con esto la tasa de mortalidad.

En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud, tiene por objetivo reducir la tasa de mortalidad consecuencia del consumo excesivo del alcohol, en 2010 la Asamblea Mundial de la Salud, en conjunto con el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud, implemento una serie de estrategias para reducir el consumo de bebidas alcohólicas en el mundo, dichas estrategias agrupan una serie de elementos fundamentales, como son: Compromiso, concienciación y liderazgo, para elaborar y ejecutar políticas con el fin de salvar vidas si son aplicadas de manera correcta en todos los países miembros de la OMS. Así mismo, dar respuesta inmediata a los servicios de salud para contar con el equipo adecuado para el tratamiento del alcoholismo y promocionar la participación y acción comunitaria, informar a la población respecto de los riesgos del alcohol y el impacto a la salud, restringir el alcohol ilícito y evitar su producción.

Según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), cada año mueren más de 3 millones de personas en el mundo a consecuencia del consumo excesivo del alcohol. Así mismo, se estima que 4 de cada 10 personas entre 15 y 65 años, consume alrededor de 17 litros de alcohol puro durante el año, lo que representa el 38.3% del total de la población mundial. El continente Europeo registra el porcentaje más alto en el consumo de alcohol, Bielorrusia ocupa el primer lugar con 17.5 litros de alcohol consumidos por persona cada año, en su mayoría hombres con 27.5 litros, mientras que las mujeres registran un promedio de 9.1 litros consumidos por año. En segundo lugar se encuentra la República de Moldavia con 16.8 litros de alcohol consumidos por persona cada año.

Grafica 4. El consumo de alcohol en el mundo.



FUENTE: Datos extraídos del Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014).

La OMS plantea una serie de factores que contribuyen al consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas a su consumo, tanto en la esfera social e individual de las personas, existen factores que influyen en los hábitos y cantidades de alcohol que se consumen, mientras que el factor de desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de bebidas alcohólicas, hacen que se distribuya más alcohol en el mundo, en la oferta y demanda de países.

Dichos factores han contribuido de la igual forma para que existan más consumidores de alcohol en mundo, por tal motivo la OMS ha optado por instaurar en diferentes políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol. Es competencia de cada país, ser responsables en la aplicación de dichas políticas, vigilar que se cumplan y evaluar los resultados.

Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol en el mundo, emitidos por la OMS:

- Regular la comercialización de las bebidas alcohólicas (en especial, la venta a los menores de edad).
- Regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas.
- Promulgar normas apropiadas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad.
- Reducir la demanda mediante mecanismos tributarios y de fijación de precios.
- Aumentar la sensibilización y el apoyo con respecto a las políticas.
- Proporcionar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol.
- Poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas.

La OMS está comprometido con la reducción de consumo de alcohol, así como la tasa de mortalidad en el mundo, con el propósito de salvar vidas humanas, prevenir enfermedades como la cirrosis, y facilitar el desarrollo social de las personas. Por tal motivo, en 2010 la Asamblea Mundial de la Salud, inicio una estrategia para lograr sus objetivos, en donde cabe hacer mención de los principios, que son guía para formular políticas respecto al consumo de alcohol.

La OMS establece los lineamientos para reducir el consumo nocivo de alcohol y formular políticas en todo el mundo:

- Liderazgo, concienciación y compromiso.
- Respuesta de los servicios de salud.
- Acción comunitaria.
- Políticas y medidas contra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.
- Disponibilidad de alcohol.
- Comercialización y promoción de las bebidas alcohólicas.

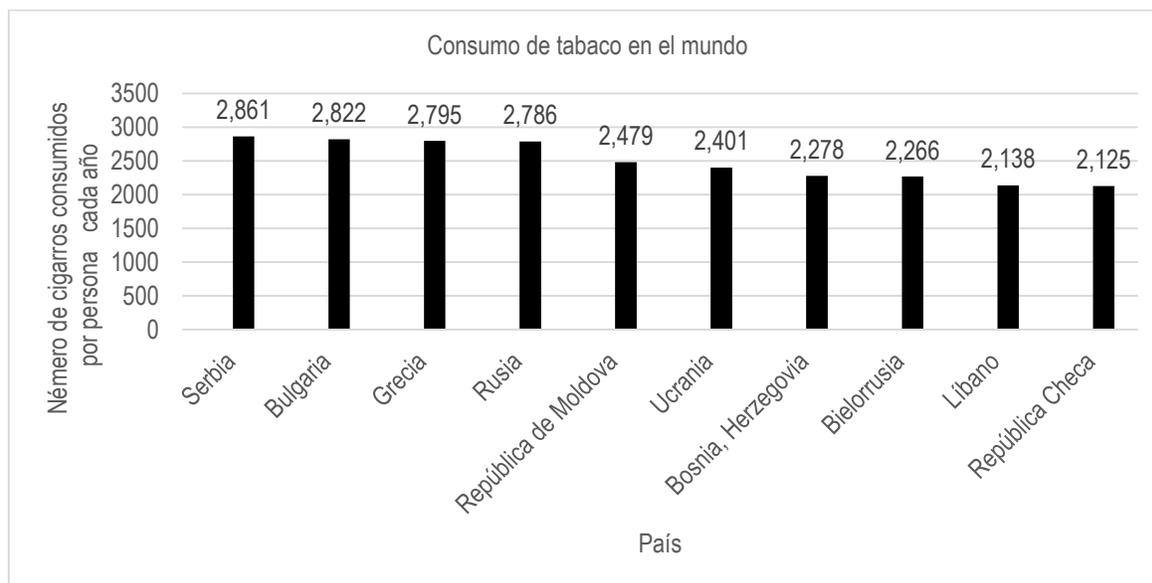
- Políticas de fijación de precios.
- Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la embriaguez.
- Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.
- Seguimiento y vigilancia.

2.3 El consumo de tabaco en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud, estima que cada día se consumen 11 mil millones de cigarrillos, y el número de fumadores en todo el mundo es mayor a mil millones, de los cuales el 20% son mujeres. El mayor número de fumadores se registra en Europa, Serbia ocupa en primer lugar en consumo de tabaco, con un promedio de 2,861 cigarros que consume una persona durante el año, de los cuales el 37.6 son hombres y 27.2% corresponde a las mujeres, de igual forma un 15.9% representan a jóvenes fumadores de edades entre 13 y 15 años, además el 8.9% son mujeres del mismo promedio de edad.

Así mismo, el 43.7% de los cigarros comercializados son legales y un 5.1% se hacen de manera ilegal. El segundo lugar lo ocupa Bulgaria, con 2,822 de cigarros consumidos por persona cada año, con un porcentaje más alto de fumadores hombres con 47.5%, mientras que las mujeres suman el 26.9%, en lo que se respecta a los jóvenes entre 13 a 15 años, el 31.6% son mujeres, mientras que los hombres registran el 24.4%, cabe destacar que un 63.9% son fumadores pasivos, los cuales están igual o más expuestos a los daños del humanos del tabaco. En el mismo sentido, Grecia ocupa el tercer lugar en consumo de tabaco, con 2.795 cigarros por persona al año, con 63% consumidores hombres y 41.4% mujeres, en los jóvenes fumadores de 13 a 15 años, se registra un mayor porcentaje en hombres con 11.3% y de mujeres 9%, según datos de la Sociedad Americana del Cáncer y la Fundación Mundial de Pulmón (2013).

Grafica 5. El consumo de tabaco en el mundo.



FUENTE: Datos extraídos del Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014).

En cuanto a las consecuencias del consumo del tabaco, la Organización Mundial de la Salud, registra que cada año mueren más de 5 millones de personas a causa del humo del tabaco, y más de 600,00 mil son fumadores pasivos, es decir que estuvieron expuestos al humo del tabaco sin consumirlo, debido a que cada cigarro contiene más 4,000 sustancias toxicas, las cuales son dañinas para la salud, y sus efectos son a largo plazo (25 - 30 años), de tal forma que los consumidores no tienen la información acerca del daño, e incluso el humo del tabaco, puede causar más de 50 tipos de enfermedad, entre las cuales destacan, por su terribles consecuencias a la salud: el cáncer, la esterilidad y hasta el aborto. Otro de los efectos colaterales del humo del tabaco, es la creciente contaminación mundial, consecuencia de la gran cantidad de químicos que contiene dicha sustancia, además de que los filtros de los cigarrillos tardan de 18 meses a 10 años en deteriorarse.

La OMS señala que una de las causas potenciales de defunciones, las enfermedades y el empobrecimiento se debe al consumo de tabaco. Por otro lado, en algunos países la práctica de cultivar tabaco en los hogares es común, y generalmente los que procesan el tabaco son

niños con el propósito de incrementar el ingreso económico familiar, los niños que se exponen a la cosecha de tabaco, son vulnerables a lo que se conoce, como enfermedad del tabaco verde, la cual es detonada por la nicotina en el momento que entra en contacto con la piel.

Mientras la vigilancia que se le brinde al comercio del tabaco es determinante para disminuir el consumo, una forma de contribuir, es informar a los consumidores acerca de los daños que provoca dicha sustancia. Un estudio realizado por la OMS revelo que en Continente Asiático en el año 2009, solo el 39% de los fumadores activos conocía que provocaba enfermedades de tipo cardiovascular, otro 27% estaba informado de los accidentes cerebrovasculares.

Otra de las medidas optadas, es la implementación de advertencias graficas que impacten en los consumidores, uno de los resultados obtenidos ha sido la reducción en niños que comienzan a fumar, además de aumentar el número de exfumadores. Pero es una tarea que debe de emplearse de manera global, puesto que para solo 42 países han optado por implementar este tipo de medidas. En general solo 29 países han prohibido las formas de publicidad del tabaco en cualquiera de sus presentaciones. El aumentar el costo de los impuestos por tabaco, sería otra alternativa que podría funcionar, aunque los números dicen lo contrario.

Un factor que contribuye al crecimiento de fumadores activos, es el mercado negro de producto fabricado a base de tabaco, las cifras del mercado negro indican que 1 de cada 10 cigarros pertenece a este ámbito, los cuales son comercializados generalmente por vendedores ambulantes. Por tal situación le OMS creo el Protocolo de Control de Tabaco (CMCT, OMS), con el propósito de combatir el mercado ilícita de tabaco, el cual entre en vigor en el año 2005.

En el Protocolo de Control de Tabaco, se estipulan seis medidas para la reducción de consumo de tabaco.

- Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
- Proteger a la población del humo de tabaco.
- Ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar.
- Advertir de los peligros del tabaco.
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
- Aumentar los impuestos al tabaco.

Puntualizando en el tema de aumentar los impuestos al tabaco, la OMS sugiere a los países aceptar esta propuesta, puesto que esta medida induce a las personas a dejar de fumar. En el año 2012 propuso un aumento del 50% en los productos que contengan tabaco, pronosticando en un plazo de 3 años el número de fumadores disminuiría a 49 millones, logrando salvar 11 millones de vida, cabe mencionar que el día mundial por un mundo sin tabaco se celebra el 31 de mayo. El aumento de los impuestos también podría ayudar a los jóvenes a dejar de consumir tabaco, considerando que en términos generales es una población que tiene ingresos muy limitados.

Francia es una de las pocas países que han aceptado esta medida, incrementando el impuesto en el tabaco tres veces más entre 1990 y 2005, obteniendo resultados, como; disminución de la venta de cigarrillos, el número de fumadores jóvenes disminuyó, así como las enfermedades que originadas por el tabaco. Otro país es Filipinas, el cual aumentó sus ingresos un 85%, empleándolo en servicios de salud. En cuanto a las medidas de salud, el número de personas beneficiadas se establecieron medidas de prohibición de tabaco se estableció en 2300 millones en 2013, mientras que las campañas nacionales de tabaco cubrieron un total de 3000 millones, se estima que para el 2025 se reduzca un 30% el número de fumadores. Cada vez más son los países que se adhieren a políticas antitabaco, tales como; Australia, Barbados, Canadá, Colombia, Reino Unido, Nueva Zelanda, entre otros.

Capítulo III.

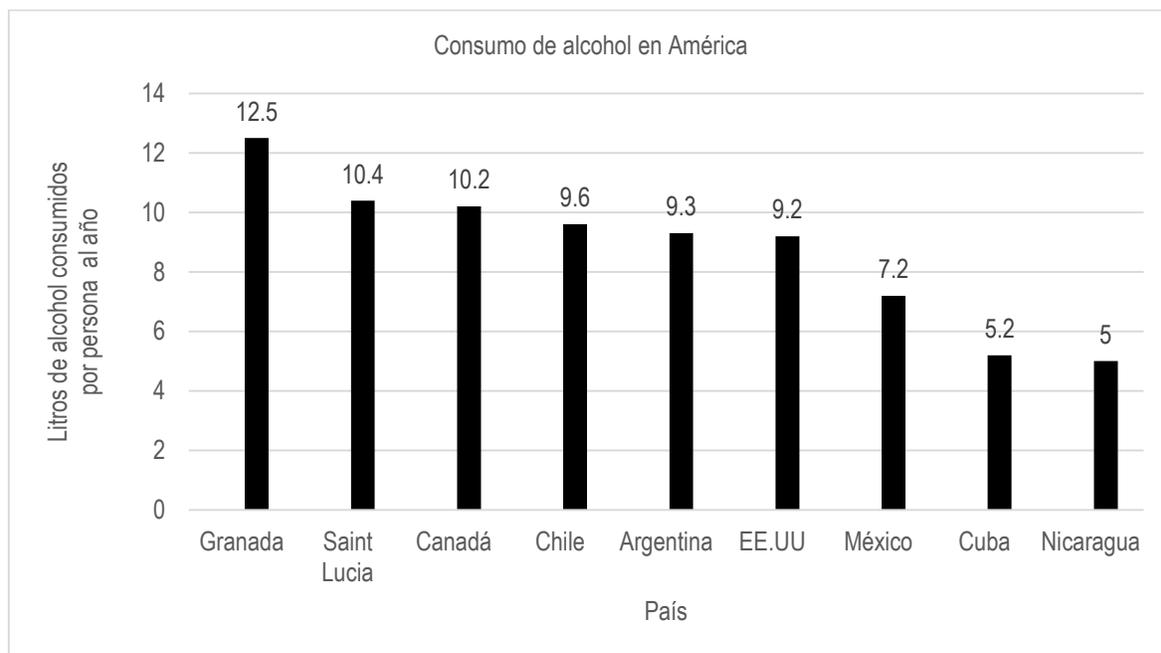
El consumo de drogas legales e ilícitas en América.

3.1 El consumo de drogas en el Continente Americano.

En el Continente Americano se encuentra países que han sido considerados productores y exportadores de drogas ilícitas, países como Colombia, Costa Rica o México, por mencionar algunos, han tenido su auge en el comercio de cocaína, marihuana y anfetaminas, siendo las drogas ilícitas más contrabandeadas hacia el exterior. En los últimos años esta tendencia ha cambiado, países productores han incrementado de manera alarmante sus índices de consumo, con una condición relevante en las diferentes regiones, que es el consumo de drogas a una edad cada vez más reducida.

En el continente Americano, el consumo de alcohol consumidos por persona al año se encuentra entre 8.4 litros, alrededor del 22% de los consumidores ingieren un promedio de 6 bebidas alcohólicas al mes, siendo la cerveza la bebida más consumida. Los países que registran el índice más alto de consumo al año, en América, son: Granada con 12.5 litros por persona, seguido de Saint Lucia con 10.4 litros, Canadá se registra 10.2 litros de alcohol por persona, mientras que Estados Unidos registra 9.2. México registra en promedio 7.2 litros de alcohol consumidos al año por persona, sin embargo registra un alto porcentaje de mortalidad a consecuencia del alcohol. El Salvador, Guatemala y Nicaragua, ocupan los primeros lugares en muertes por consumo de bebidas alcohólicas, en contraste, estos países registran los índices menos bajos en consumo de alcohol. Cabe señalar que en América se registra el mayor porcentaje en desórdenes, muertes y daños a consecuencia del alcohol en mujeres con 12.6 %. Así mismo, el porcentaje de consumidores menores de edad es elevado con 53% y 70%, similar al continente Europeo.

Grafica 6. El consumo de alcohol en el Continente Americano.



FUENTE: Datos extraídos del Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD2014).

El porcentaje de la población total que consume alcohol en el Continente Americano supera con un 30% al promedio de consumo del mundo. Lo que trae como consecuencia, que cada vez existan más personas dependientes a esta sustancia y enfermedades relacionadas con el alcohol, además de las tasas de mortalidad que se estima en 2,5 millones de personas cada año alrededor del mundo, estos incluyen los problemas sociales, como la violencia, el abuso, el maltrato infantil y conductas delictivas que son cometidas cuando una persona está intoxicada por el abuso de bebidas embriagantes.

El Informe del Uso de Drogas en las Américas publicado en 2015, revela que la tendencia de inicio de consumo de drogas se ha reducido a 13 años, lo que ha generado un problema serio de salud debido a que la adolescencia, es una etapa de desarrollo psicológico y físico, dado los resultados de que por lo menos 23 países del Continente, además hace alusión en el consumo de drogas en estudiantes de nivel medio superior o sus similares en las regiones, dichos datos arrojan que el 20% de los estudiantes de los 23 países consumieron alguna

bebida de contenido alcohólico en el último mes, de los cuales se identificó que 17 países con una población estudiantil que cursaba el octavo grado de la escuela básica con una edad promedio de 13 años, había ingerido alguna bebida alcohólica. Así mismo, la popularidad encontrada en el consumo de alcohol, fue del denominado “Binge drinking”, en el cual se relaciona al consumidor con ingerir más de cinco bebidas alcohólicas en una misma ocasión, y que se define como un problema serio de alcoholismo, el “Binge drinking” se estableció en el 50% antes de publicar los resultados del informe.

En este mismo sentido, por lo menos 5 países en Sudamérica y el caribe reportaron que más del 70% de la población de estudiantes de escuela básica han consumido alcohol por lo menos una vez en su vida, otros países como El Salvador y el país de Venezuela se establecieron en 30% del total de estudiantes secundarios que han experimentado con bebidas alcohólicas. Por otro lado, existe una variación en el consumo entre las diferentes regiones del Continente, de igual manera las variaciones dependen de la economía del país en cuestión, así entonces el porcentaje de consumo de alcohol de Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Granada, Paraguay, Uruguay y Antigua y Barbuda consumen más de 50% de alcohol, en comparación a los países con una economía mejor en donde se consumen otro tipo de drogas, como es el caso de Estados Unidos, una potencia económica a nivel mundial, el cual presenta un consumo mayor en cocaína y drogas sintéticas.

Mientras que las tasas más bajas de consumo de alcohol en estudiantes, son Ecuador, El Salvador y Venezuela con un 20% de personas que han ingerido alcohol por lo menos una vez en la vida.

Son pocos los estudios realizados en México, referentes al consumo de drogas en estudiantes, los últimos realizados por el Informe Mundial sobre las Drogas en 2010 señalaron que el índice de consumo aumentó desde el año de encontrarse en 30.1% en 1997 a 40.1% en 2012, en comparación al país de Colombia, que aumentó un 33.8% en tan solo 5 años.

En cuanto al consumo en la población universitaria, únicamente son 5 los países del Continente Americano que han tenido participación en encuestas relacionadas al consumo de alcohol, en general la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas en 2009, indica que Bolivia, Perú, Ecuador, El Salvador y Colombia el cual alcanzo un 95% de estudiantes universitarias que han consumido alcohol por lo menos una vez en la vida.

El Informe de Uso de las Drogas en América, Señala que el tabaco es una sustancia con la cual se puede extraer diversos productos, como pueden ser cigarrillos, tabaco en polvo, y en una versión para masticar, y el cual produce múltiples reacciones al cuerpo, una vez que son consumidos por alguna persona.

En los últimos años, existe un producto que esta ganan popularidad entre la población, el cigarro electrónico, el cual es definido como un dispositivo que mezcla productos placebos con el fin de evaporizarlos para posteriormente ser inhalados y simular las funciones del cigarro. La Administración de Medicamentos y Alimentos en 2009 emitió una advertencia a la población que utilizaba estos productos, al contribuir al desarrollo de enfermedades.

Por otro lado, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2013), cátao el consumo del tabaco en sus diferentes presentaciones y en especial aquellos con contenido de nicotina como un enfermedades de tipo mundial, el informe publica en 2013 describe las enfermedades a las que se asocia el humo del cigarrillo, así como la tasa de mortalidad, el cual estima que el 12%, en adultos de mayores de años son atribuidas a esta sustancia, y solo en el Continente Americano la el porcentaje de muerte en adultos se estableció en 16%, casi un millón de personas. Incluyendo a las persona expuestas únicamente al humo del tabaco

El número de muertes por el consumo y exhibición al taba son altas, por lo cual, la Organización Mundial de la Salud referente al control del Tabaco, aprobó un convenio en 2003, entrando en vigor en el año 2005, en el cual propone una serie de medida a adoptan

por las empresas que distribuyen tabaco en sus diferentes presentaciones, con el fin de prevenir enfermedades y disminuir las muertes por esta sustancia. En el mismo sentido, la OMS proporciono a la población en el año 2013, el Sistema de Vigilancia del Tabaco.

Directrices del Organización Mundial de Salud sobre el control del Tabaco (OMS, 2013):

- Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
- Proteger a la población del humo del tabaco.
- Ofrecer ayuda para dejar el tabaco.
- Advertir sobre los peligros del tabaco
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- Aumentar los impuestos sobre el tabaco.

En lo que respecta al consumo de tabaco en estudiantes, este tiene variaciones dependiendo de cada región, de tal forma que 9 de los 28 países involucrados en el estudio presentaron un cifra de 5% de uso de tabaco en el último mes, superando la índice de 10% de uso de tabaco únicamente por 6 países. En el caribe las cifras son inferiores en comparación con otras regiones del continente. Por otro lado, una nueva tendencia en la parte norte del continente ha emergido en estudiantes de escolaridad secundaria, la de utilizar el llamado cigarro electrónico, que si bien se ha comprobado que no contiene la sustancia activa del cigarro, lo que preocupante es la acción de imitar fumar.

En cuanto al consumo de marihuana, la prevalencia se estableció que 11 de 31 países involucrados en el estudio superaban el 15% de consumo el último año, mientras que la percepción de verse involucrados en acciones de consumo de marihuana en estudiantes superaba el 70% de percepción. Por otro lado, la manifestación de adquirir con facilidad dicha sustancia se estableció entre 5% y 60% dependiendo de cada región, es decir que 6 de cada 10 estudiantes manifestó que sería fácil conseguir marihuana, mientras que 20% de la

población estudiantil indico que les habían ofrecido marihuana para probar o comprar, por lo menos una vez en el último mes.

Respecto al consumo de sustancias derivadas de la hoja de coca, entre las cuales se encuentra el clorhidrato de cocaína, la pasta base, también conocida como basuco y el crack, las cifras indican que el uso de la pasta base de cocaína se ha intensificado en Sudamérica, mientras que Centroamérica, Norteamérica y el Caribe el crack es la sustancia más consumida.

En comparación a los datos que se recabaron por el Reporte Mundial de las Drogas en 2012, en el cual se estimó que existían un más de 40 millones de consumidores de cannabis en el Continente Americano, ocupando el segundo lugar con la más alta prevalencia de consumo en el mundo. Distribuido de manera regional, la parte norte del Continente registraba un total de 32 millones 530 mil consumidores de marihuana, en América Central existían 610, 000 mil consumidores, en el caribe se registraban poco más de 2 millones mientras que América del Sur alcanzaba una cifra de 7,630, 000 de personas que usaban marihuana para consumo personal.

En México el último reporte de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2011, registró un total de 79 mil personas consumidoras de marihuana, lo que represento el 1.2% de la población mexicana.

Estados Unidos es el país en América que más consume, vende cannabis, además de registrarse mayores arrestos de personas en posesión. En contraste en EE.UU, es uno de los países en el mundo que ha optado por legalizar la marihuana, en total son 20 Estados en donde el uso de cannabis es permitido con fines médicos, los cuales son; Alaska, Carolina del Norte, Colorado, Connecticut, Massachusetts, Michigan, Nueva York, California, Nevada, Oregón, Minnesota, Illinois, Washington y el Distrito de Columbia, destacando

Colorado y Washington, en donde el uso recreativo es permitido. (The National Institute On Drug Abuse, 2010).

En los estados de Colorado y Washington, las personas mayores a 21 años pueden comprar hasta 28.5 gramos de marihuana, en establecimientos regulados por autoridades, además existir la posibilidad de cultivar un total de seis plantas de los hogares que lo tengan permitido. En el año 2012 en estos mismos estados se inauguraron los dos primeros clubes que permiten fumar marihuana de manera legal, y se registraron 200 personas incitas en la apertura.

Cabe mencionar que en Estados Unidos, 1 de cada 4 adolescentes de grado escolar media. Han probado cannabis, es decir un 25% del total de la población estudiantil.

Otro país que opto por legalizar y controlar el consumo de marihuana es Uruguay, en el año 2013 el gobierno en turno propuso una reforma con el objetivo de reducir el narcotráfico, la reforma fue aprobada el 31 de julio, creando la polémica entre la población, puesto que más del 60% de la población se opuso a esta modificación, un 24% se mostró conforme con la decisión del gobierno, mientras que el 10% estaba indeciso.

En el caso del gobierno de Uruguay, a partir del 2013 a los residentes se permitió cultivar hasta 6 plantas de marihuana en sus hogares, de igual forma podrían comprar un total de 40 gramos en las farmacias autorizadas con valor de 1 dólar por gramo, con el propósito de competir con el comercio ilegal. El gobierno creó un registro de consumidores de cannabis, el cual protege la identidad de los consumidores. Además se fundó el Instituto de Regulación y Control de Cannabis, el cual expide licencias para diferentes fines comerciales.

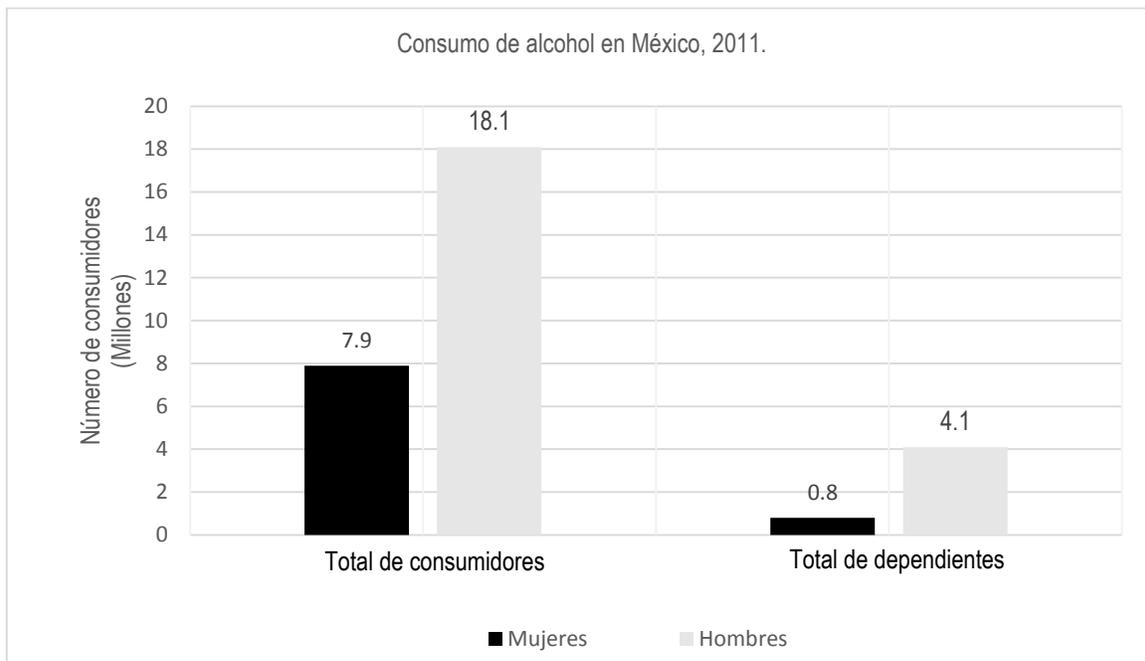
Las leyes mexicanas prohíben la producción, distribución, venta, consumo y cultivo de marihuana, y para actuar en los casos de farmacodependencia, en 2009 se reformó la Ley General de Salud, y se prohibió a las autoridades no ejercer ninguna acción penal contra las personas que presentan esta condición. Las autoridades están obligadas a brindarles asesoría médica, para el tratamiento a su dependencia.

3.2 El consumo de drogas en México.

En México, el uso de las drogas es un problema de salud que trae consecuencias en la vida de las personas que lo consumen, en el ámbito familiar y sobre en la descomposición social. Diversos son los factores, que hacen que el consumo de drogas este en auge, desde la situación geográfica del país, porque de sur a norte, la República Mexicana, es usada como paso obligatorio de drogas hacia Estados Unidos, por diversos grupos de la delincuencia organizada, que en los últimos años se ha hecho evidente, el gran poder que tiene en la sociedad y en los cuerpos de seguridad pública, esto mismo, trae como consecuencia que se genere un atractivo mercado interno de drogas, así mismo la descomposición social que la delincuencia le genera al país, o la economía, que en muchas ocasiones los jefes de familia se ven obligados a ausentarse largas horas en el hogar, lo que genera que los adolescentes tengan más su tiempo libre al no estar vigilados por sus padres, y muchas ocasiones invierten su tiempo libre en actividades no adecuadas para su desarrollo personal, como realizar robos, asalto, etc., o se vean involucrados en actos delictivos, así mismo integrarse a pandillas o grupos del crimen organizado, o que empiecen a consumir drogas.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), en México más del 70% de la población (12 - 65 años), había consumido alguna bebida alcohólica, por lo menos una vez, en su mayoría hombres con 18 millones de consumidores, mientras que las mujeres registraban cerca de 8 millones. De toda la población de consumidores de alcohol, cerca de 5 millones eran dependientes a dicha sustancia, con un promedio de 4.1 millones para los hombres y 800 mil para las mujeres. Así mismo, el porcentaje de consumidores que ingerían diariamente alguna bebida alcohólica se situaba en .8%, mientras que el porcentaje consumidores dependientes al alcohol alcanzaba 4.1 %.

Grafica 7. El consumo de alcohol México.



FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011).

3.1.1 El consumo de alcohol de menores de edad, México.

El consumo de alcohol en adolescentes (12 a 17 años), se ha incrementado de manera alarmante, en el año 2011 se registraron 5.7 millones de consumidores entre hombres y mujeres, de los cuales el 4.1% de los hombres eran dependientes a dicha sustancia, mientras que las mujeres se encontraba en 2.0% respecto a la dependencia del alcohol. Así mismo, la edad registrada en el inicio de consumo de alcohol en jóvenes, disminuyo hasta los 12 años, más del 64% de los hombres que iniciaron a consumir alcohol, lo hicieron con menos de 17 años, mientras que el promedio de inicio de las mujeres fue de 43.3% en edades similares.

Tabla 1. El consumo de alcohol en adolescentes

Consumo de alcohol en adolescentes, 2011		
Hombres	Consumo alguna vez	46.00%
	Consumo diario	0.40%
	Dependencia	6.20%
Mujeres	Consumo alguna vez	39.70%
	Consumo diario	*
	Dependencia	2.00%
Total de consumidores:		5.7 millones

FUENTE: Tabla elaborada de datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011).

Respecto al tipo de bebida alcohólica que más consume la población en general, la cerveza ocupa el lugar número uno, la consume mayormente la población masculina con 53.6%, mientras que las mujeres representan la tercera parte del con 29.3%, durante el año 2011. En segundo lugar se encuentran las bebidas destiladas, con un mayor porcentaje de consumo en mujeres, casi el doble respecto al consumo de cerveza. Mientras que los vinos de mesa, ocupan el tercer lugar, con un mercado mínimo de consumo por sus precios elevados, hay 6.2% más de consumidores de cerveza por 1 de vino.

Mientras que para el año 2014, la Organización Mundial de la Salud, ubicaba a México en el decimó lugar, con 7.2 litros de alcohol puro ingeridos por persona durante el año en Americana Latina. Catalogada, como la segunda región en consumir más alcohol en el mundo. Cabe señalar, que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía registro la tasa de mortalidad a causa del alcohol en más de 4 mil por año, siendo las causas principales, accidentes por conducir alcoholizado, y enfermedades como la cirrosis hepática en la personas de 35 a 44 años principalmente.

3.1.2 El consumo de tabaco de menores de edad, México.

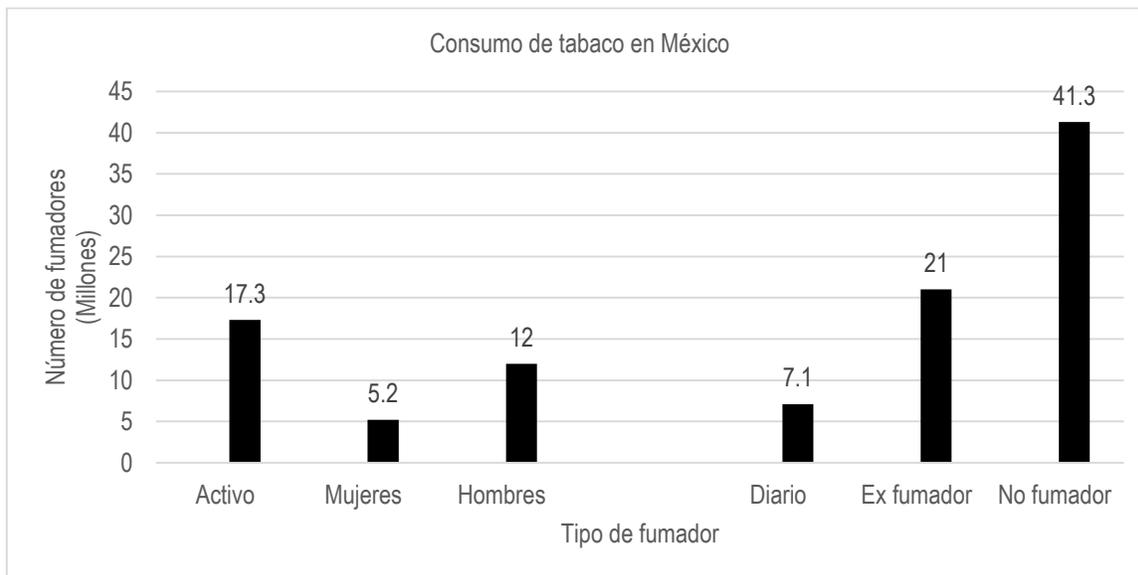
EL abuso en el consumo de tabaco y la exposición al humo de dicha sustancia, en México es un problema grave de salud pública, principalmente en jóvenes donde se consumo está en aumento, además de ser una de las principales causas de muerte, debido las consecuencia que le genera al cuerpo humano, como: enfermedades cardiacas, cerebrales, respiratorias, crónica degenerativas, incluido el cáncer de pulmón, el cual está entre las 10 primeras causas de muerte en México.

La Encuesta Nacional de Adicciones, clasifica a tres grupos de consumidores de tabaco, en México.

1. Fumador activo: Persona que consume tabaco de manera constante.
2. Ex fumador: Persona que por lo menos una vez en la vida ha consumido tabaco, pero que dejo de hacerlo.
3. No fumador: Persona que nunca ha consumido tabaco.

Según el tipo de consumidor, la Encuesta Nacional de Adicciones, señala que durante el 2011, existían 17.3 millones de consumidores activos de tabaco (12 a 65 años), con un porcentaje superior en hombres con 12 millones de consumidores, y de mujeres con 5.2 millones. En el mismo sentido, 7.1 millones de persona consumían por lo menos 1 cigarro al día, con 13.2% para los hombres y 4.8 para las mujeres, así mismo, 21 millones de personas eran exfumadores, mientras que 41.3 millones de persona no consumían tabaco. En cuanto a la edad de inicio de consumo de tabaco, esta se sitúa en 20.4 años en México, con un dice menor de edad en los hombres con 20 años y las mujeres con 21.7 años.

Grafica 8. El consumo de tabaco en México.



FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011).

Respecto a los consumidores activos en México, se registran mayormente en el en el Distrito Federal con 30.8% de consumidores activos, en la región occidental de la república, ocupa el segundo lugar con 24.7%. Mientras que los estados de la región Nororiente, ocupan el tercer lugar con 24.6% de consumidores activos del país, seguida de la región norte centro con 24.4%. El centro de la república, representa el 21.6% de fumadores activos, así mismo la región noroccidental registra una prevalencia en los consumidores activos de 20.6%. En la región sur de la república, se registra los más bajos porcentajes de consumidores activos de tabaco con 18.0% para el centro sur y 13.7% para el sur de México.

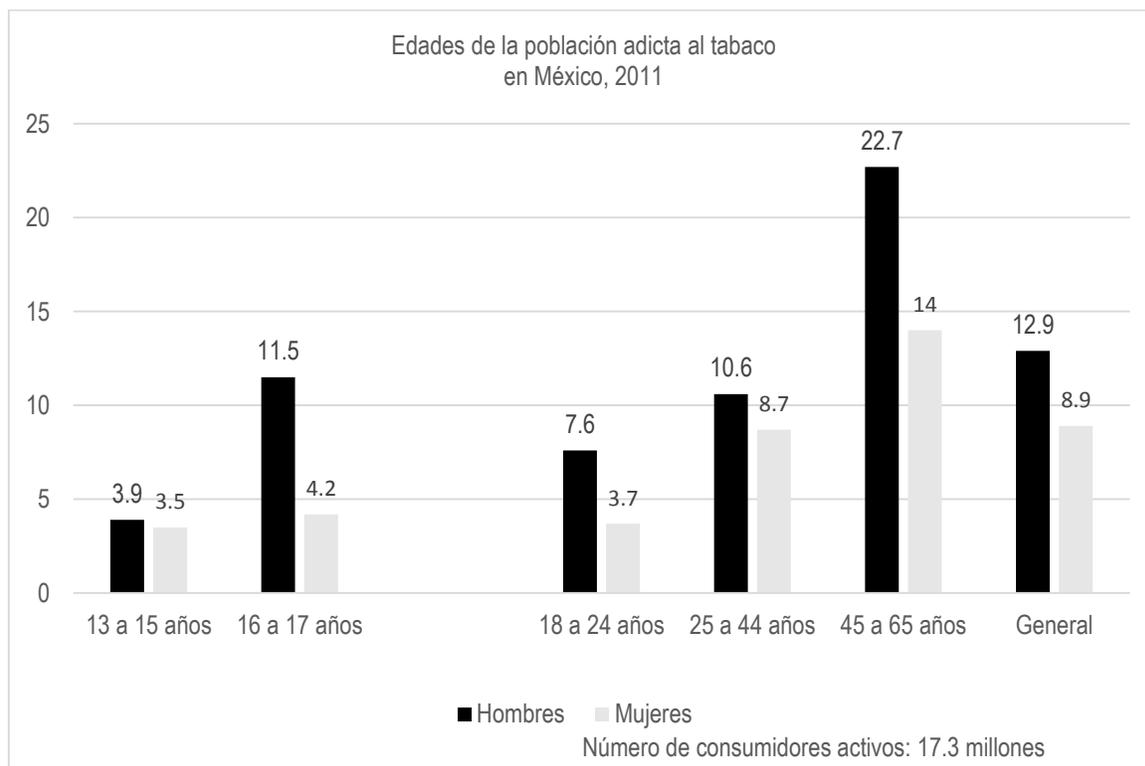
Grafica 9. Número de fumadores activos en México.



FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011).

En el mismo sentido, el promedio de tabaco que se consumen en toda la República Mexicana al día es de 6.5 cigarros, de manera general la moda de consumo de cigarros es 2 al día, y media es de 4. Mientras que los hombres consumen en promedio 6.8 cigarros por día, las mujeres registran 5.6. Estos patrones de consumo de tabaco han generado una adicción en la mayoría de la población, de tal forma que 1.5 millones de los consumidores activos, consumieron su primer cigarro con apenas 30 minutos de iniciar el día, en igualdad de condiciones hombres y mujeres apenas un 4% de diferencia respecto a esta situación, lo que refleja claramente la alta adicción que existe en el país.

Grafica 10. Población por edad adicta al tabaco en México.



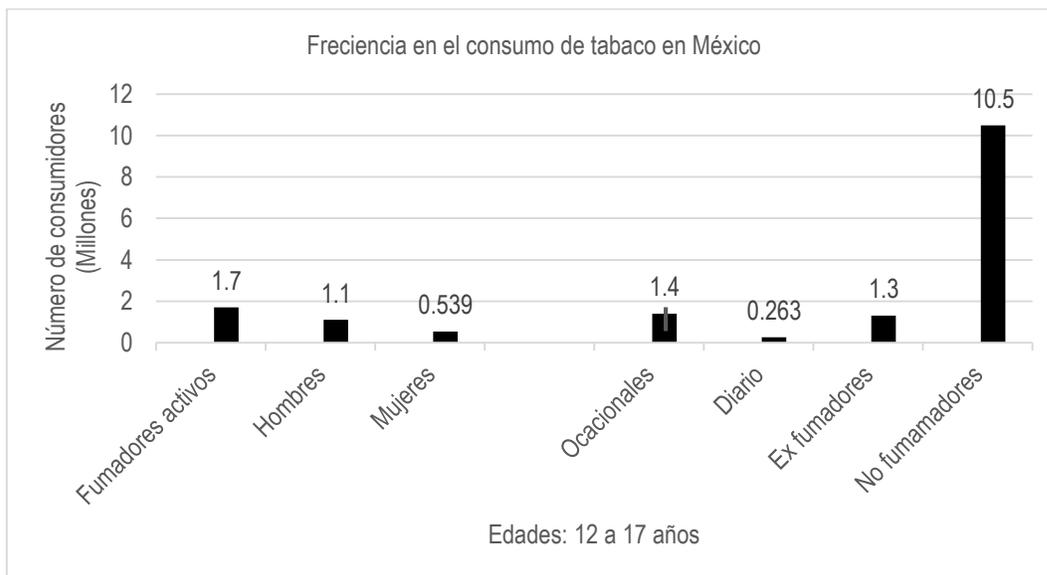
FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011)

Siguiendo la misma clasificación de los consumidores de tabaco: fumador activo, ex fumador y no fumador, se encuentra la situación de los jóvenes. En 2011 se registraron 1.7 millones de fumadores activos con menos de 17 años de edad, en su mayoría hombres con 1.1 millones, mientras que las mujeres registraron 539 mil. En cuanto a la frecuencia del consumo de tabaco, los adolescentes lo realizan ocasionalmente, lo que representa el 10.4% de los consumidores, mientras que el consumo diario se reportó en 2%. Por otro lado, la cifras de jóvenes que dejaron de consumir tabaco fue de 9.9%, respecto a los jóvenes que nunca han consumido tabaco, representan 10.5 millones. Así mismo, la edad promedio de inicio de consumo en jóvenes son a los 14.1 años.

Los jóvenes consumen 4.1 cigarros al día, con un promedio de 4.2 cigarros en hombres y 3.6 en mujeres, con una moda de 1 cigarro diario, mientras que la media es de 3 cigarros al día.

Estos patrones de consumo, han generado una seria adicción en jóvenes, como consecuencia más de 60 mil, comienzan a consumir tabaco con apenas 30 minutos, iniciado el día, y son más los hombres que presentan este problema con 8.1% y las mujeres con 3.8%.

Grafica 11. Frecuencia en el consumo de tabaco en México.



FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011).

3.1.3 El consumo de drogas ilícitas en adolescentes, México.

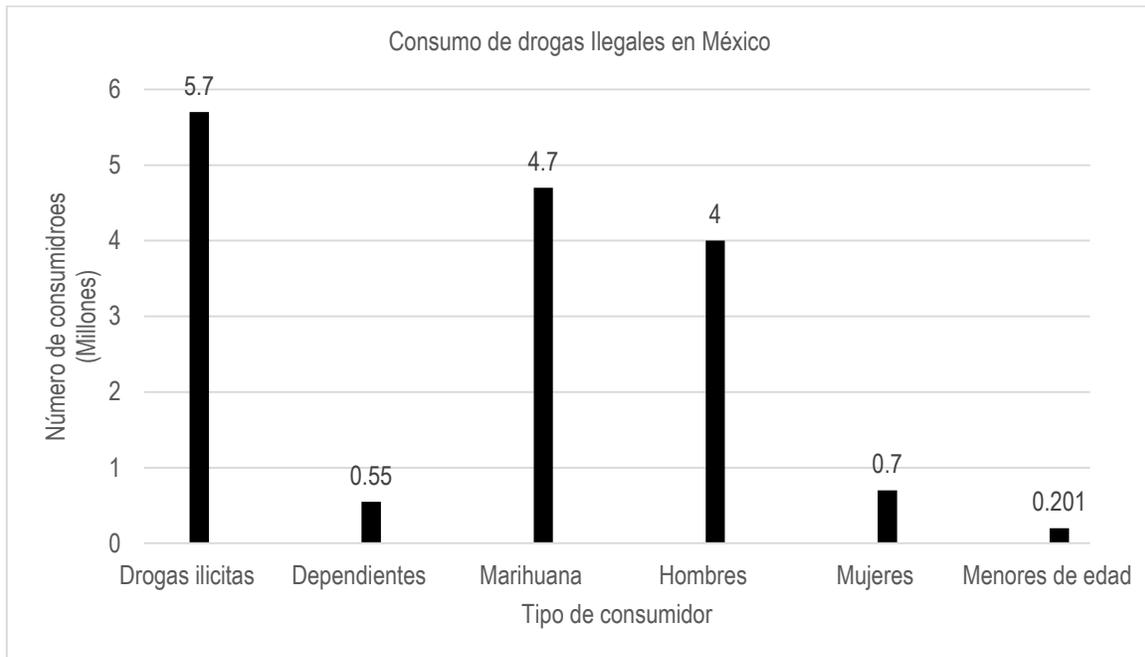
En México, el consumo de drogas psicotrópicas es un grave problema de salud pública, debido a los efectos dañinos que le ocasiona al sistema nervioso central de las personas que las consumen, principalmente en jóvenes, a los cuales les genera enfermedades cardiovasculares, cáncer, depresión e ideas suicidas, puesto que aún están en etapa de desarrollo, física y psicológicamente. Debido que en la actualidad existen diversos grupos del crimen organizado, dichas sustancias están en proliferación y es muy fácil el acceso.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), indicó que el consumo de drogas psicotrópicas, más de 5 millones de mexicanos han consumido alguna droga ilegal, la marihuana en edades de 12 a 65 años, registraba 4.7 millones de consumidores, de los cuales 550 mil personas son dependientes a dicha droga, cabe mencionar que la marihuana es la droga más demandada entre los consumidores, así mismo la edad de inicio de consumo se encontraba en 18.8 años, con mayor porcentaje en hombres. En segundo lugar de consumo, se encuentra la cocaína, con un promedio de consumo de 0.5%. En menores de edad las drogas de mayor demanda para el consumo, son: las anfetaminas, inhalables y estimulantes.

En cuanto al consumo de drogas ilegales por región en la República Mexicana, el lugar donde se registran más consumidores es en el norte del país con 2.3% en lo que se refiera a todo tipo de drogas, mientras que en la región central se registraron 1.7 consumidores, principalmente de cocaína e inhalables. En la región sur del territorio mexicano, se registraron los índices más bajos de consumo de drogas ilegales con 1.1%, pero en cuanto al consumo de cocaína, esta registra índices más altos que la del centro del país.

Lo que respecta al consumo de adolescentes (12 a 17 años), la marihuana al igual que en la población adulta, es la droga más consumida con 201 mil consumidores, seguida de la cocaína con un porcentaje de consumo de 0.4%, e inhalables con 0.3%.

Grafica 12. Consumo de drogas ilegales en México.



FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011).

3.3 La postura de legalizar la marihuana en México.

En México, la Ley General de Salud estipula en la tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato, la cantidad de drogas reguladas que pueden consumidas por la población, en la cual se establece que la cantidad permitida de marihuana es de 5 gramos por persona, prohibiendo su venta. Aunado a esto, han surgido una serie de iniciativas políticas con el propósito de modificar el Código Penal Federal y Ley General de Salud, para regularizar el consumo de la marihuana.

Las modificaciones a la Ley General de Salud estarían ligadas al artículo 479, el cual proporciona un tabulador de dosis para el consumo personas, cuya iniciativa considera demasiado bajas, si se compara con otros países a nivel internacional, en donde el consumo es permitido. La iniciativa sugiere elevar la cantidad, como es el caso de la cocaína, que pasaría de estar en 0.5 gramos a 2 gramos, el opio alcanzaría los 4 gramos, las drogas sintéticas, como LSD serian permitidas hasta 0.9 miligramos de consumo persona, mientras que la marihuana se elevarían de 5 hasta 30 gramos.

Así mismo, se empezaría tratar a la marihuana como un medicamento con valor terapéutico. En cuanto a las políticas locales de drogas, la Secretaria de Salud Federal tendría un control sanitario de proceso, cultivo y distribución de dicha substancia, pero no dejaría ser un delito comercializar. A su vez, se estaría despenalizando la preinscripción de la marihuana para uso médico, esto en el Código Penal Federal, en donde estable una pena de 10 a 25 años de cárcel, y de 100 a 500 días de salario mínimo como multa.

Las penas por siembra, cultivo y cosecha de marihuana o cualquier otra droga ilícita para comercio, en el caso de verificarse por las autoridades que existe una necesidad económica serian reducidas. También se establecerían puntos de venta para abastecer a las personas de una manera segura y adecuada marihuana, lo cuales estarían obligados a informar acerca de las posibles consecuencias que origina esta sustancia, y así garantizar el derecho a la información.

En cuanto a las personas que están en la cárcel por delitos contra la salud, estas entrarían en un proceso de pre liberación de reos, únicamente aquellas personas detenidas en posesión o venta con una cantidad menor a 300 gramos, y se les considerarían consumidores y no criminales.

Hay diferentes opiniones acerca de la legalización de la marihuana, en comparación a otros países que ya aprueban su consumo de manera legal, como es el caso de Estados Unidos, en donde es permitido en 20 entidades, el Distrito de Columbia con fines medicinales y Colorado que se ha destacado por regular su venta con fines recreativos, e incluso existen hospitales donde se suministra marihuana para el tratamiento de enfermedades, como el cáncer y glaucoma.

La postura de los Centros de Integración Juvenil respecto a legalizar la marihuana es negativa, consideran que las políticas que se emitan a favor de legalizar dicha sustancia, son erradas y difieren a la Ley General de Salud, así mismo señalan que los más perjudicados son los niños y jóvenes, los cuales se han intensificado en el consumo de drogas alucinógenas en últimos años. Así mismo, los CIJ señalan una serie de daños que provoca la marihuana si es consumida a edades tempranas, con lo que sustentan su negativa de legalización.

En el mismo sentido, los CIJ valoran los daños físicos, psicológicos y públicos, que son causados a aquellas personas que consumen marihuana, entre los que destacan;

- Afectación de la memoria, el aprendizaje y la atención.
- Riesgo de psicosis, si se consume a edades tempranas.
- Ansiedad, depresión, ideación suicida y actos suicidas.
- Síndrome amotivacional.
- Riesgo de hipertensión.
- Disminución del sistema inmunológico.
- Alteraciones y bajo peso en el producto del embarazo.

- Accidentes de tránsito y laborales.
- Deserción escolar y laboral.

Los CIJ informan aclaran que es mejor la postura de prevenir el consumo de drogas ilegales, además señalan que los consumidores toman la decisión o son persuadidos a buscar tratamiento, entre 8 y 10 años después de haber consumido drogas durante un gran periodo de tiempo, y muchas veces el brindarles ayuda es difícil, puesto que el daño es irreversible en los menores de edad, al estar en la etapa de desarrollo físico y mental.

Además, presentan los argumentos por los que se pone a discusión la legalización de la marihuana, así como las modificaciones al Código Penal Federal y la Ley General de Salud, entre los cuales destacan, los siguientes:

- No daña la salud o hace menos daño que el tabaco, La marihuana, al igual que el tabaco, si daña la salud, la evidencia científica es irrefutable.
- Disminuiría la violencia relacionada con el narcotráfico. No existe una sola evidencia en el mundo que demuestre que la legalización de la marihuana disminuya la violencia y la inseguridad.
- Habrá beneficio económico para el país. No habría beneficio en la economía, pues aumentaría los costos en atención médica como ha sido demostrado con el tabaco y el alcohol. Los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México, se estiman para 2010 en 75 mil millones de pesos.
- Se debe respetar la libertad de elección de usuarios. El derecho de usuarios es respetado en nuestro país, esta despenalizada la posesión de 5 gramos para consumo personal y no se criminaliza a usuarios.
- Tale iniciativas no reducen riesgos ni daños a la salud de los consumidores, son engañosas y pueden enmarcar los inicios de una legalización de uso médico. En otros países, incluso ha sido el inicio de la legalización del uso recreativo.

- Es antidemocrática e impositiva, ya que pretenden hacerse ley, no obstante que la opinión pública del país es contraria al uso de la marihuana. De acuerdo con una encuesta realizada por el CIJ, con universitarios en todo el país, 65,5% rechaza la legalización de la marihuana para fines recreativos y 76,5% se manifestó en contra de que se aumente la cantidad de marihuana autorizada para uso personal.

En cuanto a la Organización de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), que es el organismo encargado de regular las drogas a nivel mundial, señala las consecuencias negativas del comercio de drogas, entre las que destacan por los cambios generados mundialmente;

- La ONUDC reconoció en el año 2008, que la guerra contra las drogas género consecuencias negativas no previstas por el organismo internacional.
- En el año 2011 México enciende las alarmas a la ONUDC, debido a la gran cantidad de muertes relacionales con el tráfico de drogas con carteles mexicanos, y a la política que el gobierno mexicano adoptó al declararle la guerra al narcotráfico.
- En el año 2011 el gobierno Colombiano, Mexicano y de Guatemala, sugieren instaurar una política de legalización de drogas debido al alto índice de muertes, a la par se unieron al debate el gobierno de Costa Rica y El Salvador.
- En el año 2012 en Estados Unidos, las ciudades de Colorado y Washington, declinan a favor de legalizar las drogas para su producción, suministro y consumo de marihuana, convirtiéndose en las primeras en el mundo en tomar esta medida.
- En el año 2013 un país nuevamente de América, en esta ocasión Uruguay opta por aprobar una ley para regularizar el consumo de la marihuana y sus derivados, con fines no médicos, ni científicos.

Capítulo IV.

El consumo de drogas en el Estado de Quintana Roo

4.1 El consumo de drogas en el Estado de Quintana Roo.

El consumo de drogas en el Estado de Quintana Roo, ha tenido un incremento alarmante en menores de edad, son diversos los factores que influyen ante esta situación, tales como: la poca o nula supervisión que existe en el hogar, e inclusive la desintegración familiar, en donde solo existe un padre o una madre, quien se ocupa del hogar, lo que muchas veces ocasiona que tenga que trabajar largas horas al día, para conseguir el sustento del hogar, descuidando a los hijos, quienes al tener mucho tiempo libre, empiezan a experimentar y consumir drogas, aunque no siempre es así, algunos optan por las practicas correctas de la sociedad, como el deporte, actividades culturales o el estudio.

En el mismo sentido, el consumo de drogas en el hogar, como es: alcohol, cigarro u hasta drogas ilícitas, es otro factor determinante en este problema, por la práctica constante ocasiona que se vuelva común ingerir algún tipo de sustancia, así mismo, los mismos padres de familia, le inculcan esta práctica a sus hijos a temprana edad. Por otro lado, existe el factor de las relaciones sociales, en donde el consumo de sustancias como el alcohol en fiestas, es muy común.

También existe el factor de disponibilidad o fácil acceso a conseguir drogas, lo que refleja los altos niveles de consumo en menores de edad, porque existen ciertas sustancias que están al alcance de la población en general, como: el tinner, las pastillas o el pegamento, debido a que son productos que se comercializan en tiendas de distribución general, farmacias, en donde muchas veces venden sus productos sin la necesidad de presentar receta médica oficial.

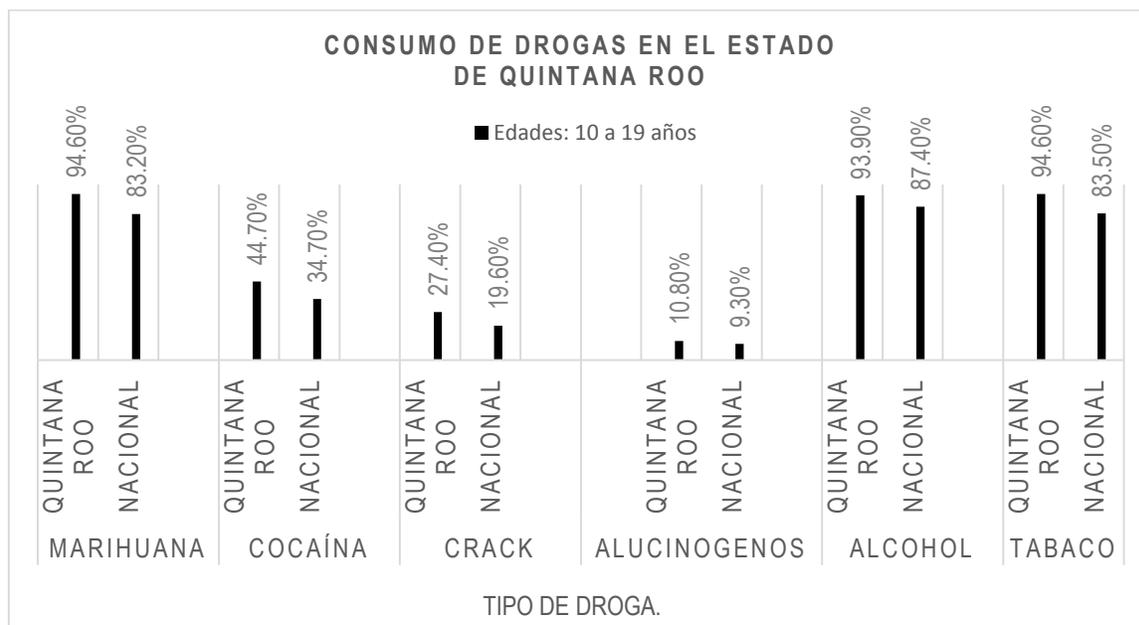
La percepción de riesgo en adolescentes, es otro factor que ha contribuido al aumento de consumo de drogas, esto ha generado que niños de 10 años opten por experimentar con drogas legales e ilegales, lo traería como resultado que se conviertan en adictos a mediano

plazo. En este sentido, un informe presentado por el Centro de Integración Juvenil en Chetumal (CIJ, 2015) puntualiza acerca de la distribución y el fácil acceso a sustancias alucinógenas en la Capital del Estado, enfatizando dos principales factores de esta situación, el primero se debe al bajo costo, como lo es el crack, popularmente denominado “piedra”, que en el 2007 encabezaba la lista de la sustancia alucinógena más consumida con un precio de 100 pesos por dosis, mientras que la marihuana, la cual es actualmente la drogas más consumida por menores de edad, tiene un costo entre 30 y 50 pesos por dosis, lo que deriva que las personas busquen en dado momento alguna droga de tipo, estimulante, depresora o algún alucinógeno.

El segundo factor se le atribuye a la nula restricción de su venta, principalmente a sustancias como el alcohol, tabaco o fármacos, cabe señalar que estas sustancias tienen el atributo de ser de venta legal, pero exclusivamente a mayores de edad, aunado a esto establecimientos nocturnos, como discotecas y bares, permiten el acceso a menores de edad y ofrecen bebidas alcohólicas. Por otro lado, las tiendas de distribución general, comercializan cigarros y productos etílicos, sin mayor restricción a menores de edad, aun cuando la ley prohíbe su venta y obliga a acreditar a las personas que compran dichos productos la mayoría de edad.

El Centro de Integración Juvenil (CIJ, 2013), reporto el consumo de alguna droga por lo menos una vez de las personas atendidas en la institución, encabezando el consumo de marihuana con 94.6%, en segundo lugar la cocaína con 44.7% mientras que el crack alcanzó el 27.4%. En lo que respecta a las sustancias alucinógenas, estuvieron en 10.8%, rebasando la media nacional que se encontraba en 9.3%. Por otro lado, el índice de consumo de alcohol ascendió a 93.9% respecto a la media nacional que registro 87.4%, mientras que el tabaco alcanzo 94.7%. Cabe señalar que las edades de inicio de consumo en el año 2013, se encontraban en un rango de entre 15 a 19 años, representando un 47% de los consumidores totales y entre 10 a 14 años con el 42.2%.

Grafica 13. Consumo de drogas en el Estado de Quintana Roo,



FUENTE: Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Cabe señalar que el consumo de drogas en la parte sur de país, es tan alarmante que la ciudad de Cancún, la cual pertenece al Municipio de Benito Juárez del Estado de Quintana Roo, se ubicó en el 2013 arriba de la media nacional de consumo de marihuana con un 95.6 %, en segundo lugar se encontraba Oaxaca y Ciudad Juárez en la parte norte del país con cifras menores a la ciudad de Cancún. Mientras que la capital del Estado, de igual manera sobrepasaba la media nacional con 88.9%, señala en CIJ con un estimada en 100 mil habitantes por cada entidad.

En lo que respecta al trabajo social realizado por el Centro de Integración en Quintana Roo, brindo tratamiento y rehabilitación a un total de 1,403 personas en la ciudad de Cancún, en Cozumel ayudaron a 727 personas, siendo las cifras registradas más elevadas en el Estado. En lo que corresponde a la Capital, se atendieron a 396 personas, con cifras similares a las de la ciudad de Playa del Carmen, con 393 personas a las que se atendió, brindo tratamiento y rehabilitación durante el mismo año, sumando así o un total de 2,919 personas a las que se

proporcionó ayuda especializada en el Estado. Cabe mencionar, que el CIJ, durante el 2013 realizó trabajos de prevención del consumo de drogas, con un total de 226, 618 personas informadas en el Quintana Roo.

Tabla 2. Trabajo realizado por el Centro de Integración Juvenil, Quintana Roo.

Centro de Integración Juvenil del Estado de Quintana Roo			
CIJ	Prevención	Tratamiento/Rehabilitación	Total
CIJ Cancún	78,326	1,403	79,729
CIJ Cozumel	48,378	727	49,105
CIJ Chetumal	42,362	396	42,758
CIJ Playa del Carmen	57,552	393	57,945
Total	226,618	2,919	229,537

FUENTE: Tabla elaborada de datos oficiales de Centro de Integración Juvenil, A.C.

En lo que respecta a la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el Estado de Quintana Roo en el año 2008, ofrecía un panorama amplio acerca del consumo, la prevención y el tratamiento acerca de este problema de salud, e inclusive de la exposición en que se encuentran las personas al consumo de drogas, es decir el promedio que una persona se encuentra ante una situación de ofrecimiento de venta de drogas por personas conocidas o no, dicha encuesta sugiere que los hombres se encuentran con una disponibilidad mayor a relacionarse con alguna tipo droga con un 43.3%, mientras que las mujeres representaban un 11.2% respecto a drogas ilegales, ambas cifras superaron la media nacional que era 30% para hombres y menos de 10% para mujeres, todo esto sin incluir el alcohol y tabaco, debido a que son de consumo legal para mayores de edad. La exposición a sustancias psicotrópicas aumenta la probabilidad de que más personas se inicien en el consumo de drogas, siendo las drogas ilegales, como la marihuana, la cocaína y las anfetaminas las principales drogas identificadas en el Estado. De igual manera en el año 2008 existía un porcentaje de 0.6% personas dependientes a algunas droga, a causa del fácil acceso a las mismas. Por otro lado, las drogas legales como el alcohol y el tabaco, registraron un consumo diario de 3.4% de hombres y en las mujeres un 0.5%.

4.2 El consumo de drogas en Chetumal.

El Centro de Integración Juvenil (CIJ), señala que actualmente existe un serio problema de salud pública en la ciudad de Chetumal Quintana Roo, debido a los altos nivel de consumo de drogas legales e ilegales en menores de edad, puesto que la nula información acerca de los daños que producen las drogas, la falta de supervisión de los padres, la deserción escolar, o el fácil acceso a las sustancias. Consecuencia de esto, el problema más grave que ha surgido, es la reducción en el comienzo de consumo de drogas a temprana edad, la cual paso de estar de 15 a 10 años, que en teoría representaría a estudiantes que cursan el quinto y sexto grado de primaria o están por iniciar la secundaria, incrementando las posibilidades a convertirse a mediano plazo, en dependientes a algún tipo droga.

El informe anual sobre la actividades de prevención, tratamiento y capacitación, emitido por el CIJ en el 2015 en base al trabajo realizado en el año anterior, señala que en total atendieron a 57 mil 321 personas. Las personas nuevas a las que se les brindo el tratamiento sumaron 336, de ellos 169 fueron pacientes, e informaron a un total de 167 familiares para contribuir con la ayuda a los consumidores.

Así mismo, el CIJ durante el año 2013, brindo tratamiento a un total de 14 personas entre los 10 y 14 años, con problemas de consumo excesivo de alcohol, de tabaco y de marihuana, la cual es la droga ilícita más consumida entre los adolescentes. Además el CIJ, en este mismo año señalo, que 3 de cada 100 adolescentes presenta problemas de adicción respecto alguna sustancia legal o ilegal, e inclusive señala que existen alrededor de nueve colonias ubicadas en distintas zonas de Chetumal, en donde se presenta más índices de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes.

Tabla 3. Colonias con mayor consumo de drogas en Chetumal, Quintana Roo.

Colonias con problemas de consumo de drogas.	
Forjadores.	Nueva Esperanza
Proterritorio.	Territorio Federal
Solidaridad	Fracc. Américas I,II,III
Jardines	Lagunitas
Payo Obispo	Barrio Bravo
Lázaro Cárdenas	Col. Del Bosque

Fuente: Tabla elaborada de datos del Centro de Integración Juvenil de Chetumal.

De igual forma el uso desmedido de drogas inhalables, como el tinner, aire comprimido o resistol, se ha incrementado debido al fácil acceso y a su bajo costo, e inclusive existen casos de personas que utilizan gasolina, para lograr obtener el resultado que producen los inhalables antes mencionados. El CIJ, registró un alto porcentaje de personas que utilizan inhalantes, solamente en el año 2013 existían alrededor 13.53% de las personas atendidas, es decir 11 de 81 pacientes atendidos durante ese año, fueron por utilizar este tipo de sustancia.

Así mismo, los inhalables son sustancias altamente tóxicas para el cuerpo humano, las cuales causan por el uso excesivo, problemas cerebrales, asfixia, parálisis motriz, sensación de euforia, irritación de los ojos, por mencionar algunos, con solo ‘una pequeña porción que se ingiera o la que se exponga.

4.3 El consumo de drogas en estudiantes, Chetumal Quintana Roo.

La Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior, se realizó por última vez en el Estado de Quintana Roo en 1991, dichos resultados mostraron que el 8.8% de los estudiantes en Estado consumían alguna droga ilícita, lo ubicaba a la zona sur por encima de media nacional que en ese entonces se situaba en 8.2%. En relación a hombres y mujeres que habían experimentado por lo menos una vez en el ciclo escolar con alguna droga, fue de un 8.9% para las mujeres, mientras que los hombres registraron un 8.7%, siendo las anfetaminas las más consumidas con un 3.3%, en segundo lugar se encontraban los inhalables con 3.0%, mientras que la marihuana se estableció con un 2.2% de consumo por estudiantes en el mismo año.

En lo que se refiere a sustancias con contenido de alcohol, más del 50% de la población estudiantil del Estado había consumido alguna bebida embriagante por lo menos una vez, siendo los hombres en su mayoría con un 60.4%, comparada a las mujeres que se encontraba en 55.5%.

En comparación al año 2011 al 2013 arrojados por una entidad del Estado de Quintana Roo, se puede observar un incremento de 25.7% en el consumo de drogas en estudiantes de varones de nivel básico y un 23.1% en mujeres del mismo ciclo escolar, prevaleciendo el consumo de marihuana, esto en comparación a los datos que se conjuntaron en el año 1991 por la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior donde se establece el auge que han tenido las drogas en las instituciones educativas.

Así mismo en el Estado, se han implementado una serie de estrategias y programas para prevenir y tratar el consumo de drogas en la población estudiantil, tal como en su momento se le denominó. Operativo Mochila y el Programa de Alerta Temprano, los cuales buscaban intervenir oportunamente, previniendo y tratando el consumo de sustancias adictivas y que

fueron suspendidos en 2014, por la entrada en vigor de un nuevo reglamento de la Secretaría de Educación y Cultura, en la señala, la prohibición del ingreso de agentes policiacos en las escuelas públicas.

El CIJ estima que desde el 2006 el consumo de drogas en estudiantes creció un 15% en estudiantes, a su vez manifiesta que los adolescentes buscan nuevas formas de introducir drogas a las escuelas, ocultándolas en lapiceras, zapatos, loncheras, entre otros objetos. Además señala que se debe de optar por medidas de prevención, platicas y acciones directas, tal como el llamado, operativo mochila, que dio grandes resultados en todo el país, pero el implementarlo es una tarea que debe ser encaminada por autoridades, padres de familia y directivos.

Conclusión.

Las políticas implementadas por instituciones internacionales, privadas o grupos de apoyo, así como organizaciones no gubernamentales, no han dado grandes resultados respecto a la disminuir el consumo de drogas en mundo, de tipo legal e ilícito, uno de los factores principales es la disponibilidad de las drogas. El fácil acceso a sustancias ilícitas por mencionar al país mexicano, es un problema de seguridad pública que contribuye al aumento de dicho problema de salud, en la actualidad el Gobierno Federal ha identificado un total de 9 carteles del narcotráfico, que se disputan el tráfico de drogas, y tiene presencia en todo el país, dichos cartel no solo distribuyen drogas en México, está comprobado que tiene relación con varios países del Continente Americano, los cuales han sido catalogados como grandes productores y exportadores de drogas, hacia el mercado negro del mundo.

Como se mencionó al principio, se han implementado programas para el tratamiento y prevención de drogas, pero los resultados no son favorables, uno de los problema es que no se les ha dado es seguimiento oportuno a los programas, además de que las intervenciones son cuando ya existe un problema de adicción o farmacodependia, se debe de puntualizar en el aspecto de la prevención, iniciando en el hogar, que es donde se fomentan valores, disciplina y deberes. En la escuela, se deberían de hacer acciones conjuntas entre autoridades de Seguridad Pública, directores educativos y padres de familia, y brindarles a los estudiantes la información necesaria, respecto a las consecuencias de consumir drogas a temprana edad, además de asesorarlos para que sepan cómo actuar en un momento determinado, si se presentaran ante una situación que los relaciones con el drogas.

Respecto a la legalización de la marihuana, actualmente en México se está viviendo una etapa de violencia desmedida, debido a la lucha por el control de las de las denominadas plazas grandes de la droga, entre los principales carteles, incluso el Gobierno Federal se ha visto rebasado al intentar establecer el control del país, principalmente en las ciudades del norte de la República, e incluso ha tomado medidas extremas como la incursión de militares en acciones de Seguridad Pública, esto consecuencia de la denominada “guerra al narcotráfico”.

Cabe señalar que el narcotraficante mexicano, Joaquín Guzmán Loera “El Chapo Guzmán”, líder del cartel de Sinaloa, el cual ha sido identificada como uno de las principales células criminales que más trafica drogas ilícitas al mundo.

Así mismo, han existo propuestas formales para legalizar la marihuana, con la justificación de que esa decisión disminuiría la violencia, se reduciría el consumo desmedido de las drogas, al tener un control de consumidores y traería grandes beneficios económicos al país, que podría ser invertidos en políticas de salud. Lo cierto es que las propuestas no han sido aprobadas, y se debe de trabajar más en la parte social, para restaurar los valores que se han perdido, invertir en educación, lo cual traería grandes y mejores beneficios al país, e implementar programas de prevención y tratamiento para disminuir el consumo de drogas, brindándole las herramientas necesarias, tanto a la población como autoridades, para lograr los objetivos.

Propuesta.

EL consumo de las drogas, es un problema de salud de tipo mundial, que en los últimos años ha repercutido de manera alarmante en la población joven, la cual al no conocer los daños que producen las drogas, debido a la falta de sensibilización de su uso, o a la falta de programas adecuados para la prevención y consumo de drogas, es decir, al ser un problema de tipo mundial, por mencionar el consumo de tabaco, que es considerado una epidemia por la Organización Mundial de la Salud, al momento de proyectar un programa que posiblemente ha dado buenos resultados en Continente Europeo, no quiere decir que vaya a funcionar en otras partes del mundo, puesto que los factores son diferentes, como la demanda de la sustancia, el fácil acceso, las restricciones legales, entre otros.

Por tal motivo, las propuestas que a continuación se señalan han sido consideradas en base a establecer una prevención y disminución en el consumo de drogas de jóvenes en el Estado de Quintana Roo, considerando sus características propias, como ser un Estado fronterizo, así como un punto de gran afluencia turísticas:

En las instituciones educativas, elaborar planes académicos que incluyan información respecto a ¿Qué son las drogas? ¿Cuáles son sus consecuencias?, ¿El uso indebido de las drogas?, y de más cuestiones, encaminadas a propiciar un sano desarrollo de formación. Así mismo implementar talleres en los cuales se involucre a los padres de familia, maestros, directivos, personal de apoyo, y por supuesto alumnado., para evitar que surjan problemas relacionados al consumo de drogas, en la escuela, y si ya los existe, brindarles a los estudiantes la atención necesaria. Es importante la participación de los estudiantes, puesto que se genera un ambiente de confianza, y surgen ideas que pueden ser aprovechadas, para mejorar en materia de prevención.

La familia es fundamental para prevenir el consumo de drogas, porque es en el hogar donde se enseñan valores, disciplina y reglas, de una manera modera, por eso es necesario que los padres practique acciones con sus hijos, tales como;

- Vigilar sus actividades fuera del hogar.
- Conocer a sus amistades.
- Hablar sobre sus problemas y comprenderlos.
- Establecer horarios de entrada y salida del hogar.
- Fomentar hábitos de deporte.
- Verificar los materiales y objetos personales que utilice.
- Regular el gasto de dinero, saber en que gastan y cuánto dinero invierten en ello.

Implementar en redes sociales campañas de prevención, tratamiento y rehabilitación de drogas, puesto que al ser una herramienta utilizada en su mayoría por jóvenes tendría grandes alcances, en las campañas se especificaría de que trata, cual es el objetivo, que institución está poniendo en marcha dicha campaña y cuáles son los beneficios a medio y largo plazo, con el propósito de darle seriedad a los proyectos, e incluso ser más personalizados, se abriría un página web en donde las persona puedan registrarse, con la tranquilidad de que sus datos no van hacer públicos.

En cuanto a los programas que existen, es necesario adecuarlos a las características propias de la región y darle un seguimiento adecuado a las campañas nacionales y del estado, y evaluar los programas periódicamente, y presentar los resultados a la población. Por otro lado, hay que darle el uso adecuado a los espacios culturales y deportivos construidos por el Gobierno, como una herramienta que permita prevenir el consumo de drogas, entre las actividades estarían; poner en marcha torneos de futbol cada seis meses para que los jóvenes no pierdan el ritmo del deporte, realizar concursos de canto, baile y teatro, puesto que está comprobado que las actividades de este tipo, contribuyen al sano desarrollo tanto físico como mental de las personas.

Crear un órgano especializado, que sea él encargado de ofrecer ayuda profesional a las personas que estén pasando por problemas relacionados con las drogas, no solo en el

consumo, sino también las consecuencias colaterales de uso, tales como tratamiento de enfermedades cardíacas, violencia, disminuir las defunciones relacionadas con el uso de drogas, deserción escolar, entre otros. Dicho órgano estará administrado por el Gobierno Federal, al cual se le proporcionará el presupuesto necesario para poder realizar sus funciones de manera adecuada, y tendrá varios centro para abarcar todo el país, está constituido el órgano principal en el estado de Quintana Roo, debido a que a los índices de consumo de drogas legales e ilícitas son elevados e incluso son superiores a la media nacional.

Así mismo, dicho órgano implementará una línea telefónica las 24 horas, que estará constituido por un número de ayuda similar al número de emergencias de la policía (066), exclusivamente para atender a personas que necesiten orientación relacionada al consumo, tratamiento y ayuda psicología en caso de encontrarse ante una crisis, o bien proporcionarles el traslado hacia un centro especializado, hospital o clínica, para atender cualquier problema relacionado con drogas. Todos los servicios estarán disponibles para toda la población, sin algún costo, ni restricción.

Organigrama del órgano especializado para la prevención y tratamiento de las drogas;

- Área psicológica.
- Área médica.
- Área jurídica.
- Área de tratamiento.
- Are operativa de traslado (unidades móviles).
- Área de capacitación al personal (servicios de traslado, manejo ante un caso por sobredosis, etc.)
- Área de investigación.
- Línea telefónica de ayuda.

EL Gobierno Federal y las Instituciones de Seguridad Pública, establecerán acuerdos con organizaciones civil para conformaran un área operativa que tenga por objetivo reducir el número de drogas que circulan en el mercado negro, así como identificar de que drogas se tratan, dicha información será una herramienta fundamental para las organizaciones civiles,

porque establecerán de acuerdo al tipo de sustancias identificada un tratamiento ideal para la población. Así mismo, se coordinaran para ofrecer servicios de salud referente al consumo de sustancias psicoactivas en colaboración con otras instituciones de salud.

De igual manera se pretende erradicar el consumo inadecuado de medicamentos con prescripción médica, y controlar la venta en farmacias, o medicamentos caducos en punto de distribución no autorizados, y por su puesto regular la venta a menores de edad en establecimientos nocturnos, o que expidan la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco, y consolidar las propuestas de lugar libres de tabaco.

El éxito de las propuestas antes mencionadas, será el resultado de un trabajo en conjunto del Gobierno, instituciones de salud, de seguridad pública, de educación, de organizaciones civiles, y por supuesto de la participación social, que es fundamental para medir el éxito o en su caso el fracaso.

Bibliografía.

- Arriagada I. Y Hopenhayn M. (2000). Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. EE.UU: Naciones Unidas, CEPAL, División de Desarrollo Social.
- Argüelles J. (Octubre 9, 2014). Aumenta menores consumidores de droga en Chetumal. Enero 19, 2015, de El Peninsular.mx Sitio web: <http://www.elpeninsular.mx/region/560-aumenta-menores-consumidores-de-droga-en-chetumal>
- Argüelles J. (Agosto 8, 2015). SE DISPARA EL CONSUMO DE DROGAS EN Q. ROO. Agosto 24, 2015, de El Peninsular.mx Sitio web: <http://www.elpeninsular.mx/region/2185-se-dispara-el-consumo-de-drogas-en-q-roo>
- Becoña E. Y Vázquez F. (1999). Heroína, cocaína y drogas de síntesis. España: Síntesis.
- Berra R. (1999). Trabajo social en drogadicción. Argentina: Random House Mondadori.
- Briones, A. Cumsille F. Henao A. Y Pardo B. (2013). El problema de las drogas en las américas. los Estados Americanos: EE.UU.
- Berra A.(Marzo 21, 2013). Lidera Q. Roo ranking nacional en consumo de drogas ilícitas. Septiembre 21. 2014, de Novedad Quintana Roo Sitio web: <http://sipse.com/novedades/cancun-y-chetumal-lideran-ranking-nacional-en-consumo-de-drogas-ilicitas-22012.html>
- Centro de Integración Juvenil. (2013). Diagnóstico del consumo de drogas. México: 154.

- Cancún Mx, Periódico. (Marzo 20, 2013). Es la marihuana la droga más consumida en QR, pero en Chetumal se duplica la media nacional en cocaína. Febrero 15, 2014, de Noticaribe Sitio web: <http://noticaribe.com.mx/2013/03/20/es-la-marihuana-la-droga-mas-consumida-en-qr-pero-en-chetumal-se-duplica-la-media-nacional-en-cocaina/>
- Escohotado A. (1995). Aprendiendo de las drogas: Usos y abusos, prejuicios y desafíos. España: Anagram.
- Escohotado A. (1998). Historia de las drogas. España: Alianza.
- Esquenazi P. Y Ochoa G. (Septiembre, 2014). El Informe de Drogas de la OEA. Ciudad de Guatemala.
- Fernández C. (Junio 2010). Argumentos basados en evidencias, no en ideologías. México: Centro de Integración Juvenil, A.C.
- García J. Y López C. (2005). Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis. España: Edaf, S.A.
- Gobierno Federal/ Instituto Nacional de Salud Pública. (2012) Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Alcohol .México: Secretaria de Salud.
- Gobierno Federal/ Instituto Nacional de Salud Pública. (2012) Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Tabaco .México: Secretaria de Salud.
- Gobierno Federal/ Instituto Nacional de Salud Pública. (2012) Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Drogas Ilicitas .México: Secretaria de Salud.

- Gobierno Federal/ Instituto Nacional de Salud Pública. (2009). Encuesta Nacional de Adicciones 2008, México: Secretaria de Salud.
- Gobierno Federal / Instituto Nacional de Ciencias Penales. (2012). Farmacodependencia, narcomenudeo y narcotráfico. México: Impresora y Encuadernadora Progreso.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones Y Dirección General de Epidemiología. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones. México: INEGI.
- Kramer J. y Cameron D. (1975) Manual sobre dependencia de las drogas .Ginebra: OMS.
- Ley General de Salud. (Agosto 2009, 2009). Delitos Contra la Salud. México.
- Ley General de Salud Del Estado de Quintana Roo. (Abril 30, 1998). México.
- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito Y Comisión Interamericana de Abuso de Drogas. (Mayo 6, 2010). Informe muestra el consumo de drogas entre los jóvenes en seis países de Sudamérica.
- McKenna T. (1994). El manjar de los dioses: la búsqueda del árbol de la ciencia del bien y del mal: una historia de las plantas, las drogas y la evolución humana. España: Paidós.
- Medina M. (2012). Alcohol y políticas públicas. México: El Colegio Nacional.
- Menéndez J. Y Salazar A.. (2008). El enemigo en casa: drogas y narcomenudeo en México. Estados Unidos: Santillana USA Publishing Company Incorporated.

- Olmo R. (1992). Prohibir o domesticar: políticas de drogas en América Latina. Venezuela.: Nueva Sociedad.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. España.
- Oficina De Las Naciones Unidas Contra La Droga Y El Delito. (Junio 26, 2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso a tratamiento por Drogas y VIH aún bajo. 17 de Mayo, 2015, de Oficina de Enlace y Partenario en México Sitio web: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>
- Pérez C. Y Mora K. (Junio 2014). El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México. México: Open Society Foundations.
- Reidl L. Y González A. (2011). Juventud, cultura y consumo de sustancias en contextos escolares. México: Porrúa.
- Ravelo R. (2007). Herencia maldita: el reto de Calderón y el nuevo mapa del narcotráfico. México: Grijalbo.
- Smith P. (1993). El combate a las drogas en América. México: Fondo de Cultura Económica.
- Secretaria de Salud (2012). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2012. México.
- Secretaria de Salud. (2012). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones / Informe 2012. México.

- UNODC/Organización de los Estados Americanos, Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina 2014.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (Junio 26, 2014). Prevalencia en consumo global de drogas es estable, según Informe Mundial sobre las Drogas.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Vienna. (2014). World Drug Report.
- Valverde O, Solano C, Alfaro J, Rigioni M, y Vega M. (2001): Adolescencia, Protección, y Riesgo en Costa Rica; Múltiples artistas, una tarea de todos y todas, San Jose: P.A.I.A-C.C.S.S.
- Vallejos J. (2004). Consumo de drogas y factores de riesgo y protección en escolares de educación secundaria. Perú: DEVIDA, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Droga.
- Wong P. (Abril 11, 2015). Q. Roo, uno de los estados con fácil acceso a las drogas. Junio 10, 2015, de Novedades Quintana Roo. Sitio web: <http://sipse.com/novedades/jovenes-quintanarroenses-con-facil-acceso-a-drogas-146377.html>

Anexo.

Historia de Vida.

Mi nombre es Carlos, pero me dicen “pecas”. Tengo 16 años, muy bien vividos (Voz: Sarcástica). Yo no soy de aquí (Chetumal, Quintana Roo), nací en Cancún. Mi jefe vino a chetu por ahí del 2012, y pues ni modos de quedarme solo ahí, era un morro cuando mi mamá murió, así que solo vivía con papa, tengo familiares en Cancún pero no me llevó muy bien con ellos, son muy “aguajes” (Risas).

Cuando llegué a Chetumal, mi papa rento una casa en forjadores, ahí me la pasaba solo porque no conocía a nadie, la verdad no sé porque venimos a chetu. Mi papa es taxista y pues casi nunca está en la casa, cuando vinimos a vivir aquí, él me inscribió en la secundaria, pero no me gustaba la escuela, así que siempre me escapaba. Y pues ahí en la escuela digamos que conocí por primera vez las drogas, mis camaradas yo, brincábamos la barda de la escuela y nos íbamos a fumar cerca del mercadito Andrés Quintana Roo, atrás del Kinder.

Primero comencé fumando cigarros de esos normales, al principio no me los vendían porque me veían cara de niño (Risas), luego encontré una tienda cerca del mercado en donde los vendían sueltos y pues haya los compraba, la que atendía la tienda era una señora y pues era buena onda, me los vendía en 4 varos.

Después, nos cambiamos de casa, y nos fuimos a vivir a la Colonia Caribe, en ese tiempo recuerdo que era todo monte por ahí, en la esquina de mi casa se juntaban una bola de chavos a echar desmadre, al principio les tenía miedo porque a veces veía como otros batos venían a buscar pleito, y como yo estaba solo en mi casa, tenía miedo de que me pasara algo, ahí en mi casa fumaba solo, a veces mi papa llegaba con su pareja a tomar unas chelas, y me mandaban a comprarles su cerveza, mi jefe ya había hablado con el de la tiendita para que me la vendiera, y así fue como conocí a la banda, porque siempre que iba al mini súper, me gritaban “da la tanda”, “ta’ muy seca tu amistad” (Risas) y se puede decir que así los conocí.

Luego empecé a salir a jugar la reta con ellos, jugábamos en una cancha que está cerca de la colonia, ahí se juntaban más chavos, a veces se ponían a tomar, y más cuando llegaban

los albañiles, sin ofender (Risas), ahí comencé a tomar porque todos lo hacían, a veces se les subía y querían pelear, recuerdo que una vez llegue bien pedo a mi casa, y mi padre no se dio cuenta, porque él estaba peor que yo.

De ahí conocí a un camarada que se llama Mike, él también llegaba a jugar la reta, y recuerdo que me decía que si quería jugar futbol “chingon” como él, tenía que jalarle chido a la maría, la primera vez que me lo digo no le entendí, luego supe que así le dicen a la marihuana, y pues comencé a fumar a la maría con él (Risas), al principio el me invitaba, pero luego se comenzó a “chivear”, y ya no me quería dar, y pues empecé robándole lana a mi jefe para comparar marihuana. Y así estuve un tiempo, sacándole dinero a mi jefe.

Mi camarada Mike me pasó el número de un bato que vendía marihuana, yo le mandaba mensaje y lo espera en la esquina de donde ahora está el domo, él llegaba en un carro rojo, me vendía más o menos medio puño en 50 pesos, y pues estaba chido.

Ahora no trabajo, ni estudio, la verdad es que no tengo interés por estudiar, solo quiero buscarme una champa y jalarle, aún sigo fumando marihuana y me gusta, he probado otras drogas pero no más no me late entrarle a esas.