

Impacto espacial diferenciado en el consumo y adicción a las drogas en la frontera norte de México: el caso del Estado de Baja California

Differentiated spatial impact on drug use and addiction in the Northern Mexican border: The Baja California case

Impacto espacial diferenciado no consumo e vício às drogas na fronteira norte de México: o caso do Estado de Baixa Califórnia

FECHA DE RECEPCIÓN: 2011/09/20 FECHA DE ACEPTACIÓN: 2011/12/13

Pablo Jesús González-Reyes

Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas,
Director, Instituto de Investigaciones Sociales,
Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México.
pglez57@hotmail.com

RESUMEN

En el artículo se resalta la distribución del uso de drogas en México, destacando el papel de la región del norte, la cual presenta los porcentajes de consumo más altos del país. A un nivel más específico, se abordan las implicaciones individuales y sociales en el abuso del consumo de bebidas alcohólicas entre la población, así como los efectos del ambiente familiar, trayectorias escolares y laborales de los adictos a las drogas ilícitas en Baja California, al igual que las correlaciones estadísticas entre adicción a drogas y otras variables sociales.

El objetivo principal fue evidenciar el impacto espacial diferenciado que tiene el proceso del consumo de drogas en México. Para esto, se utilizaron datos empíricos provenientes de encuestas nacionales de adicciones de los años 1993, 1998, 2002 y 2008, coordinadas por la Secretaría de Salud, e información generada a través de diversos estudios realizados en Baja California, a efectos de dimensionar este problema de salud a nivel local. Los resultados concluyen que la región norte de México presenta un efecto más severo en el problema del uso y abuso de drogas, figurando de manera primordial el Estado de Baja California.

PALABRAS CLAVE

Drogadicción, tráfico ilícito de drogas, salud pública, jóvenes, estadística criminológica (fuente: Tesoro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

ABSTRACT

This article highlights the distribution of drug use in Mexico, stressing the role of the northern region since it exhibits the highest percentages in the country. At a more specific level, the individual and social implications of alcohol abuse within the population are dealt with, as well as family environment effects, school and labor experiences of drug addicts in Baja California, and the statistical correlations between drug addiction and other social variables.

The main purpose has been to evidence the differentiated spatial effect of the drug-consumption process in Mexico. For this purpose, empirical data taken from national surveys on addictions in 1993, 1998, 2002 and 2008 coordinated by the Secretariat of Health were used, along with information generated through diverse studies carried out in Baja California in order to gauge this health problem at the local level. Results conclude that Mexico's northern region exhibits a more severe effect in the drug use and abuse issue, particularly in the State of Baja California.

KEY WORDS

Drug addiction, illegal drug trafficking, public health, youngsters, criminological statistics (Source: Tesouro de política criminal latino-americana - ILANUD).

RESUMO

No artigo enfatiza-se a distribuição do uso das drogas em México, destacando o papel da região do norte, que apresenta as porcentagens mais elevadas do consumo do país. Em um nível mais específico, são abordadas as implicações individuais e sociais no abuso do consumo de bebidas alcoólicas entre a população, assim como os efeitos do ambiente familiar, trajetórias escolares e laborais dos viciados às drogas ilícitas em Baja Califórnia, como as correlações estatísticas entre o vício às drogas e outras variáveis sociais.

O objetivo preliminar era demonstrar o impacto espacial diferenciado que tem o processo do consumo de drogas em México. Para este efeito, dados empíricos de questionários nacionais dos vícios dos anos 1993, 1998, 2002 e 2008 foram usados, coordenadas pela Secretaria de Saúde, e a informação gerada através dos estudos diversos feitos em Baja Califórnia, com o objeto de determinar as proporções deste problema da saúde ao nível local. Os resultados concluem que a região norte do México apresenta um efeito mais severo no problema do uso e do abuso das drogas, figurando da maneira fundamental o Estado de Baja Califórnia.

PALAVRAS - CHAVE

Vício às drogas, tráfico ilícito das drogas, saúde pública, jovens, estatística criminológica (fonte: Tesouro de política criminal latino-americana - ILANUD).

Introducción

El uso de drogas es una práctica que proviene de las etapas más antiguas de la humanidad, pero en la actualidad se ha convertido en un fenómeno social generalizado, que crea muy diversos problemas en la mayoría de los países del mundo.

En el caso específico de México, el uso y abuso de las drogas se convirtió en un tema que se incorporó a la agenda de la política pública básicamente en las últimas tres décadas, ya que los diversos estudios epidemiológicos, en especial las encuestas nacionales de adicciones, evidenciaron con claridad una tendencia nacional ascendente en su consumo.

De esta manera, en México ocurrió un importante cambio al transitar de productor de drogas, como marihuana y heroína (y en las últimas dos décadas de metanfetaminas), así como de área geográficamente estratégica para el tráfico de drogas hacia Estados Unidos, a ser también un país con crecientes niveles de consumo de drogas.

Sin embargo, en el ámbito nacional, el uso de drogas en esas últimas décadas no se ha distribuido de forma homogénea, ya que más bien adopta un patrón caracterizado por mayores proporciones en el consumo en la región del norte, comparado con los niveles que presentan el centro y sur de México.

A su vez, en la región norte del país existen diferencias significativas en el uso de drogas, debido al peso que representan los consumos en entidades como Baja California, Tamaulipas y Chihuahua, que junto con Sonora, Coahuila y Nuevo León, conforman la zona fronteriza México-Estados Unidos.

Este patrón geográfico en la demanda del consumo de drogas en el país responde al impacto de la oferta de estas en México, en el sentido de que la direccionalidad de los flujos del tráfico de drogas es predominantemente hacia el norte, buscando traspasar la frontera, para llegar, por último, al gran mercado estadounidense.

Baja California es una entidad fronteriza en donde el consumo y adicción a las drogas de ha vuelto un motivo de preocupación ciudadana y gubernamental, debido a su incidencia en los campos de la salud, la inseguridad pública y muchos otros aspectos de la vida social. Es por eso que en el presente artículo se aborda la dimensión del uso de drogas en esta entidad, incluyendo el abuso en el consumo de alcohol, y se compara con la problemática que presenta esta temática en el ámbito nacional.

Impacto espacial del tráfico de drogas, desigualdad regional y cultivo de enervantes

Por la ubicación geográfica de México, este tiene una frontera de poco más de tres mil kilómetros con Estados Unidos. Esta circunstancia ha sido aprovechada por organizaciones delictivas, nacionales e internacionales, asociadas al tráfico de drogas, como una ruta de acceso estratégica o trampolín para el transporte de estas al mercado estadounidense.

El tráfico de México a Estados Unidos no es un hecho reciente. La marihuana ya se exportaba a este país desde el siglo XIX, aunque en pequeñas cantidades. Se cree que la población de chinos

que emigró a los Estados de Sinaloa y Sonora a principios del siglo XX fue la primera en cultivar el opio en México. Las exportaciones de opio y heroína al país vecino del norte comenzaron a crecer como resultado de las medidas adoptadas en Estados Unidos, tendientes a prohibir el consumo ilícito de drogas (Toro, 1995). Pese a esto, el tráfico de drogas en México no representaba un problema que despertara gran interés y tampoco formaba parte de los aspectos medulares de las relaciones diplomáticas con Estados Unidos hasta mediados del siglo pasado. Sin embargo, a partir de la década de los 60 comienza a manifestarse como uno de los temas obligados que se deben tratar en la agenda binacional.

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se empezó a dar en Estados Unidos una importante demanda de drogas, incluidos el LSD, las anfetaminas y los barbitúricos. La marihuana dejó de ser la droga de los grupos marginados, para penetrar sectores de la clase media: estudiantes, obreros y profesionales. El consumo de marihuana se hizo práctica común tanto entre universitarios como en estudiantes de preparatoria y secundaria, por lo cual las drogas en general se convirtieron en un grave problema de salud pública, además de un riesgo para la seguridad de esa nación. Entre 1960 y mediados de 1980, la sociedad estadounidense se volvió la mayor consumidora de drogas en el mundo. En ese período, el ingreso de heroína se cuadruplicó, el volumen de cocaína aumentó 20 veces, y 30 el de marihuana (Torres, 1988).

Como resultado, los gobiernos de Estados Unidos y México establecieron acuerdos de cooperación orientados a contrarrestar el tráfico ilícito de drogas desde el territorio mexicano. De esta manera, se iniciaron en México campañas intensivas de localización y destrucción de sembradíos clandestinos de marihuana y amapola en diversas entidades, como Sonora, Sinaloa, Durango, Guerrero, entre otras. Las características de la geografía mexicana hacen más factible y atractiva la siembra de cierto tipo de drogas, particularmente en las entidades ubicadas en la cordillera del Pacífico, donde la altitud, la temperatura y las propiedades del suelo son favorables para su cultivo.

En México, a finales de la década de los 60, entró en vigor la “Operación Intercepción”, que implicó un incremento radical en la ofensiva aérea, terrestre y marítima para reducir el tráfico de drogas hacia el país vecino. Se reforzó la vigilancia en la frontera terrestre entre ambos países, y las aduanas implementaron mecanismos minuciosos de revisión a los automovilistas y vehículos sospechosos (Torres, 1988).

Pese a los esfuerzos de ambos países en su estrategia por combatir el tráfico de drogas, la amplitud de la frontera la convierte en una zona de difícil control y enorme porosidad, pues los grandes volúmenes de tráfico vehicular hacen que los cargamentos de droga sean más difíciles de detectar que en los aeropuertos o aduanas marítimas (Fazio, 2007).

En la década de los 80, el gobierno estadounidense impulsó la campaña “Guerra de las drogas”, con la cual aumentó su ayuda a México y a otros países latinoamericanos para que se sumaran al combate frontal contra el narcotráfico. El incremento del esfuerzo mexicano en esta lucha se reflejó con toda claridad en las estadísticas de erradicación de cultivos, ya que de 1985 a 1990 la eliminación de marihuana ascendió de 1.738 a 8.778 hectáreas, y la de amapola de 2.297 a 8.660. En ese mismo período, los aseguramientos de marihuana crecieron de 174 a 595 toneladas, y los de cocaína de 3 a 50. El impacto que estas acciones tuvieron en la detención de presuntos delincuentes asociados al narcotráfico se reflejó en el aumento de 9.595 detenidos en 1985 a 27.577 en 1992. A lo largo de la década de los 90, el patrón de erradicación de cultivos de

marihuana y amapola continuó con una tendencia creciente, así como el decomiso de marihuana (Procuraduría General de la República, 2001).

El incremento en la incautación de drogas por parte de las autoridades mexicanas y la labor del gobierno estadounidense, empeñado en restringir el acceso de drogas a ese país, contribuyeron a que las organizaciones vinculadas al narcotráfico innovaran estrategias para superar los mecanismos de control y vigilancia. Esto se vio reflejado en diversas formas, entre ellas el aumento en los volúmenes de droga transportada, para contrarrestar los decomisos logrados por las autoridades; en la aplicación de nuevos métodos y los mayores adelantos tecnológicos, así como la apertura de nuevas vías de acceso del narcotráfico, en su constante búsqueda de penetración del mercado estadounidense. A su vez, la apertura en las rutas del narcotráfico en México impactó a nuevas regiones del país en lo referente a que se aumentaron las detenciones de presuntos delincuentes asociados al tráfico de drogas.

México se ha caracterizado, a través de los años, por una gran heterogeneidad regional, cuyas desigualdades dividen al país en tres: el primero sería el norte, con un carácter dinámico, moderno, abierto y progresista; el segundo el centro, donde se localizan tanto la capital como la zona con el mayor número de habitantes, pero su capacidad para concentrar la población y las actividades económicas ha disminuido en las últimas décadas, y el tercero lo representaría el sur, agobiado por enormes rezagos, inmovilidad y pobreza (Alba, 1999).

Las desigualdades interregionales se ven reflejadas en las condiciones materiales de vida de la población. Sus causas, consecuencias y manifestaciones son de carácter estructural, e involucran una complejidad social en la que se combinan variables tanto económicas, como sociales, políticas y geográficas (Rodríguez, 1991).

Los cambios generados en la política económica del país a partir de principios de la década de los 80, basados en una doctrina de corte neoliberal, profundizaron gradualmente los niveles de desempleo, la reducción del ingreso real de los trabajadores de la ciudad y el campo, y el empobrecimiento de la población, con la consecuente profundización en los niveles de desigualdad, marginalidad y exclusión social (Ornelas, 2000).

La política económica neoliberal identifica la planeación con políticas rígidas y generalizadas, razón por la cual a principios de 1990 el gobierno federal inició la etapa de abandono del ordenamiento de las actividades económicas y la población territorial; es decir, prácticamente claudicó en su responsabilidad de planificar el desarrollo regional (Ornelas, 1994).

Las condiciones de atraso en las zonas rurales y el progresivo deterioro del campo mexicano propiciaron la ampliación de la pobreza extrema, los flujos migratorios y la participación de campesinos e indígenas en la compleja red del narcotráfico, mediante su involucramiento en el cultivo de estupefacientes, como la marihuana y la amapola (Vargas, 1993; Pradilla, 2002).

Consumo y adicción a las drogas en la región norte de México

No obstante que el consumo de drogas es una práctica muy antigua, en las últimas décadas ha proliferado en amplios sectores de la población mundial y se convirtió en un grave problema social. En los años 70 se concretó la irrupción del sistema internacional de producción, distribución y

consumo de drogas psicoactivas de origen natural; en los años 80 fue su crecimiento y expansión; la década de los 90 estuvo marcada por la estabilización de ese sistema conformado por tres bienes transables ilícitos: la marihuana, la cocaína y los opiáceos (Rementería, 1997).

En lo que respecta a la primera década del siglo XXI, se observó en México un aumento considerable (de hasta seis veces entre el 2002 y el 2008) en el consumo de drogas sintéticas, entre las cuales destacan por su importancia la metanfetamina y el *crack*, debido a la relativa facilidad con la que pueden producirse en laboratorios clandestinos, así como por su precio relativamente bajo comparado con el de otro tipo de drogas (Secretaría de Salud, 2009).

Los problemas relacionados con el abuso de drogas, como los daños en la salud y la inseguridad pública, por mencionar solo algunos, constituyen en México un motivo de creciente preocupación ciudadana, debido a su impacto social y a las dificultades que enfrenta para contrarrestarlos (Vilalta, 2010).

En general, se puede afirmar que la problemática de las drogas es un fenómeno social que hoy representa uno de los principales retos de la humanidad. Es tan serio este consumo ilegal y la penetración del narcotráfico, que algunos países lo consideran no solo un flagelo para la salud, sino un problema de seguridad nacional (Kaplan, 1995; Maldonado, 2010).

A partir de la década de los 60 fue evidente en México que el abuso de drogas ya no se reducía a grupos minoritarios, sino que se extendía a otras agrupaciones de la sociedad, especialmente a los jóvenes (De la Fuente, 1987). La progresiva expansión de la demanda de drogas en las décadas posteriores contribuyó a que empezaran a surgir las primeras encuestas de adicciones, que aportaron indicadores sobre prevalencia e incidencia en el consumo de drogas en la población mexicana.

La sistematización de los datos derivados de esos estudios permitió conocer que las proporciones de consumo de droga más altas no se distribuían de manera homogénea en el país, sino, por el contrario, presentaban un patrón diferenciado en donde su mayor concentración se ubicaba en la región del norte del país, particularmente en lo referente a drogas de mayor riesgo, como la heroína y la cocaína (Castro et al., 1986).



Tanto las encuestas de adicciones, promovidas por la Secretaría de Salud como por otras fuentes de información provenientes de instituciones relacionadas con la problemática de la adicción a las drogas (v. gr., Instituto Nacional de Psiquiatría, Centros de Integración Juvenil, entre otros), muestran que la prevalencia en el consumo de drogas en la región norte presentaba, hasta principios de la década de los 90, una variación consistente en proporciones más altas en los estados del noroeste, entre los cuales destacan Baja California, Baja California Sur y Sonora (Secretaría de Salud, 1993).

La encuesta de adicciones del 2008 reveló algunas variaciones estatales en el consumo de drogas a lo largo del país. En efecto, de acuerdo con los datos de la medición de ese año, el Estado de Quintana Roo (situado en el extremo sur) y Tamaulipas (entidad de la frontera norte) tuvieron los mayores niveles de consumo, con proporciones de 11,2% y 11,1%, respectivamente, con lo cual desplazaron a Baja California al cuarto lugar, con 9,6%. No obstante, esta última entidad continuó encabezando al país en niveles de consumo en la población femenina, con 4,2% (Secretaría de Salud, 2009).

Es importante destacar que, además de proporcionar datos de los Estados, algunas encuestas de la Secretaría de Salud han registrado datos por ciudades clave del país. En este sentido, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1998, la ciudad de Tijuana, que es la cabecera urbana más grande del Estado de Baja California, presentó la proporción más alta de consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” (14,7%) en todo el país, lo que significa la prevalencia o porcentaje de individuos en la población urbana entre 12 y 65 años de edad que reportó haber consumido alguna droga ilícita en el transcurso de su vida. Asimismo, Tijuana ocupó el primer lugar en consumo de marihuana (13,4%) y en prevalencia a un año en el uso de alguna droga ilegal (4,4%) (Souza y Machorro, 2000).

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones en México sobre el uso de drogas se ha enfocado principalmente al estudio del consumo, y, por desgracia, se dispone en menor proporción de datos epidemiológicos que indiquen la magnitud del problema de la dependencia a las drogas (Villatoro et al., 1996).

No obstante, las estadísticas que registraron los centros especializados en el tratamiento de adictos a las drogas en 1995 indican que, mientras el promedio nacional de pacientes tratados por consumo de heroína fue de 5,3%, en los centros de tratamiento de las ciudades fronterizas la proporción fue considerablemente más alta, alcanzando 33% de los pacientes en Tijuana y 20% de los pacientes en Mexicali (capital de Baja California); el consumo de cocaína se elevó a 66% en estos dos centros, comparado con el promedio nacional de 32,4%. En lo que respecta al consumo de metanfetamina, más conocida en la región como ‘cristal’, fue una de las seis principales drogas consumidas en los centros de tratamiento. Tijuana fue la más afectada de todas las ciudades, ya que el 42% de los pacientes de los centros de esta localidad manifestaron consumir ese tipo de droga (CIJ, Centros de Integración Juvenil, 1996).

Con base en la información que generan los Centros de Integración Juvenil en relación con la prevalencia del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en el Estado de Baja California, durante los años 1990 a 2007, tenemos que en primer lugar aparece la marihuana, seguida de la metanfetamina y en tercer lugar la cocaína. Cabe resaltar que en el caso de la metanfetamina, su importancia en la entidad empezó a destacar a partir de 1995, desplazó a la cocaína del segundo lugar en 1997, siguiendo una tendencia a la alza hasta el final del período reportado (CIJ, 2007).

Ahora bien, a partir de la década de los 90 se ha venido manifestando en Baja California una proliferación de centros de rehabilitación de adictos a las drogas, lo cual revela, por una parte, el aumento en la demanda de drogas de un grupo creciente de farmacodependientes, que a su vez requieren tanto de servicios de tratamiento como de apoyo a su problema de adicción; por la otra, se aprecian los estragos sociales del narcotráfico al encontrar también en la región un mercado más para el consumo de drogas.

De acuerdo con un diagnóstico situacional realizado en los centros de rehabilitación de alcohólicos y adictos a las drogas en Baja California, se obtuvo que en las cabeceras municipales de la entidad operaban 115 centros, de los cuales 47% se localizaban en Tijuana y 31% en Mexicali. El promedio de pacientes fue de 72 internos, la edad promedio de 27,5 años, con un tiempo promedio de estancia de casi dos meses, y de cada diez pacientes que egresaban, prácticamente la mitad regresaba en menos de un año para someterse de nuevo a la desintoxicación y tratamiento, generando un círculo vicioso (González, 2001).

En suma, en las últimas tres décadas se ha definido en México un patrón espacial de consumo de drogas, en donde la región norte del país presenta las proporciones más altas, en las que se destacan tres entidades fronterizas: Baja California, Tamaulipas y Chihuahua.

Más aún, de las seis entidades que conforman la frontera del norte, el Estado de Baja California es el que tiene las proporciones más elevadas de adicción a las drogas, con excepción del 2008, en el que aparece por debajo de los Estados de Quintana Roo y Tamaulipas (Secretaría de Salud, 2009).

Esta circunstancia particular de Baja California adquiere sentido, por un lado, si se toma en consideración el peso que tiene la ciudad de Tijuana con sus problemas de drogadicción, y por el otro, la vecindad con el Estado de California, en donde continúa un amplio corredor con fuerte demanda en el mercado de drogas a través de las áreas metropolitanas de San Diego, Los Ángeles y San Francisco, lo cual hace muy lucrativo el flujo del narcotráfico por toda esta región transfronteriza.

Rasgos generales del consumo de bebidas alcohólicas en México

Otro aspecto importante en la problemática del consumo de drogas es el relativo al abuso en la ingestión de bebidas alcohólicas. Además de su impacto en el ámbito de la salud, el alcoholismo repercute individual y socialmente de diferentes formas:

En la persona:

- a. El riesgo de la adicción al alcohol (alcoholismo). A pesar de la abundante literatura generada sobre la temática del alcoholismo, en la actualidad aún persiste la falta de unificación de criterios para definir al alcoholismo, o síndrome de dependencia al alcohol. Las definiciones más utilizadas son la de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 10), de la Organización Mundial de la Salud, y la propuesta por el Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana.
- b. Intentos de suicidio. En general, existe en la literatura sobre las adicciones una diversidad de estudios que exploran la correlación entre abuso en el consumo del alcohol y tendencias suicidas (Ramos et al., 2001; Elizondo, 2003; Ocampo, Bojórquez y Cortés, 2009; Pérez et al., 2010).
- c. Cirrosis hepática alcohólica. Comparaciones internacionales ubican a México entre los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática, con una tasa de 22 muertes por 100.000 habitantes (Medina-Mora et al., 2001).

Asimismo, Medina-Mora et al. (2001) mencionan que:

“si bien la mortalidad por cirrosis hepática en nuestro país se puede asociar con otros riesgos derivados de infecciones hepáticas o deficiencias nutricionales, es un hecho que la mortalidad por cirrosis asociada con el abuso de alcohol va en ascenso. En los hombres, ésta aumentó a 72% entre 1970 y 1995, y presentó un aumento de 13% en el caso de las mujeres. Durante el mismo período, la mortalidad por cirrosis hepática asociada con otras causas disminuyó en 33% para los hombres y en 20% para las mujeres” (p. 8).

La cirrosis hepática es una de las manifestaciones más relevantes del impacto de las bebidas alcohólicas sobre la salud pública. Se estima que en México más de la mitad de las muertes debidas a cirrosis hepática están relacionadas con el consumo de alcohol. La muerte por cirrosis hepática se ubicó en décadas pasadas dentro de las diez primeras causas de muerte (De la Fuente y Rosovsky, 1989).

Cabe destacar la identificación de una zona geográfica formada por el Distrito Federal (Ciudad de México) y cuatro entidades federativas circunvecinas, con un exceso de muertes por cirrosis hepática persistente a lo largo del tiempo. Por el contrario, en las entidades del norte del país la mortalidad por esta causa es notablemente inferior.

En la sociedad:

1. Conducta delictiva. En México se han realizado múltiples investigaciones que abordan la relación entre el consumo de alcohol y distintas formas de violencia, como lesiones derivadas de riñas, homicidio, violencia intrafamiliar o doméstica. También existen estudios en los que se menciona que una proporción significativa de los homicidios que ocurren en el país se asocian con alguna droga, entre las que destaca el alcohol (Borges, Cherpitel y Rosovsky, 1998; Borges, 1999; Martínez, 2002).
2. Accidentes de tránsito. La Secretaría de Salud registró en 1997 que la cuarta causa de mortalidad general en México era por accidentes, con un total de 35.876 casos, de los cuales el 40,8% correspondió a accidentes debido al tráfico de vehículos de motor (Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, 1998).
3. Laborales. El impacto del abuso de bebidas alcohólicas en el empleo se refleja de diversas formas: accidentes laborales, requerimiento de incapacidades, ausentismo laboral, pérdida del empleo, entre otros (Aburto, 2002; Medina-Mora et al., 2000).
4. Embarazos no planeados. Debido a que el alcohol tiene un efecto desinhibitorio de la conducta, puede convertirse en un factor de riesgo de embarazo no deseado, en la medida que propicie el desarrollo de relaciones sexuales entre parejas sin la protección con métodos anticonceptivos. En este sentido, cabe señalar que según la Encuesta Nacional de Juventud 2005 para la ciudad de México, el 31,1% de los adolescentes admitieron haber tenido relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos (Instituto Mexicano de la Juventud, 2005).

De hecho, el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas ha sido el mayor problema de adicciones a drogas en México. De acuerdo con la información proporcionada en la primera Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en el país en la década de los 80, el 27,6% de la población entre 12 y 17 años acostumbraba consumir bebidas alcohólicas, y aumentaba a 53,5% entre las edades de 18 a 65 años. El consumo consuetudinario osciló entre 6% y 21%. La proporción de hombres y mujeres en este patrón de consumo fue de seis hombres por cada mujer, mientras que la abstinencia fue de cuatro mujeres por un hombre (Secretaría de Salud, 1991).

Si bien es cierto que los niveles de consumo de alcohol en México son relativamente bajos, comparados con otras naciones, es interesante destacar que el consumo per cápita ha aumentado. La ingestión de etanol en el país la encabeza la cerveza, seguida de los destilados, entre los cuales cobran cada vez mayor importancia los brandís, seguidos de los ronés y, en tercer lugar, los tequilas (Rosovsky, 1992).

Al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones de edad media se han sumado las mujeres y una población adolescente, que copia los modelos adultos asociados con la frecuencia en el consumo y la embriaguez. Entre las mujeres, el índice de abstinencia en México disminuyó considerablemente en los años recientes: de 63% en 1988 a 55% en 1998 (Secretaría de Salud, 1993).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, a principios del nuevo milenio la tendencia a la disminución del abstencionismo en la mujer continuó, ya que el 46,4% declaró que nunca había consumido alcohol, porcentaje que en el caso de los varones fue de 21,4%. También es importante señalar que en esta encuesta se destaca una diferencia significativa en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas entre las áreas rurales y urbanas. En efecto, mientras que en el área rural el 28,7% de los varones y el 66,8% de las mujeres señalaron que nunca habían consumido alcohol, esos porcentajes disminuyeron en las áreas urbanas a 19% y 40%, respectivamente (Secretaría de Salud, 2004).

Medina-Mora et al. (2001) plantean que “la acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización acarrea inestabilidad y nuevos valores orientados al consumo y al debilitamiento de los controles sociales tradicionales. En este contexto, el alcohol y las drogas se convierten en bienes de consumo y se incorporan al mercado” (p. 6).

Mientras que en México en 1940 la participación laboral femenina alcanzaba solo un 8%, en 1995 fue de 35%. Si bien en la actualidad la familia nuclear sigue caracterizando a la población mexicana, pues tres cuartas partes del país (73,7%) pertenece a esta categoría, también se observa un incremento de 4% entre 1976 y 1995 en el número de familias extensas (de 22% a 26,2%), así como de familias monoparentales (de 6,8% en 1976 a 13,5% en 1995) (Medina-Mora et al., 2001). En 1980, la jefatura de hogar femenina correspondió al 13,8% del total de hogares del país. Para el 2000, este porcentaje se incrementó a 20,6% (Varela, 2002).

Medina-Mora et al. (2001) señalan que “de este modo cambian los arreglos familiares y se manifiesta una apertura y fragilidad en el vínculo, con modificaciones en las funciones de los roles, en tipo de uniones y en las relaciones entre las generaciones. Todo lo anterior limita el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a los riesgos externos, especialmente en aquellas con menos recursos” (p. 4).

Todavía a mediados de la década de los 80, la pirámide de edades en México se encontraba muy ensanchada en su base, debido a las altas tasas de fecundidad, las cuales eran superiores al 2%. Los habitantes que se ubicaban en ese entonces en la capa inferior de la pirámide poblacional, forman hoy parte de la juventud mexicana de nuestro país.

Si bien en los años posteriores las tasas de natalidad adoptaron una tendencia a la baja, la región fronteriza continúa siendo una zona de fuerte atracción de población inmigrante. Desde la década de los 80 en adelante, la crisis económica recurrente incrementó los flujos migratorios hacia el norte del país, mismos que se intensificaron con la firma del Tratado de Libre Comercio



(TLC) a principios de la década de los 90. Estos flujos poblacionales han impactado la creciente urbanización de los municipios de Baja California.

A su vez, la ubicación fronteriza de Baja California propicia un importante flujo de población joven proveniente del Estado de California, Estados Unidos, durante los fines de semana, que busca distraerse en centros de diversión asociados con la oferta de música y bebidas alcohólicas, creando con esto una expansión en los mercados locales y la elasticidad de la demanda de ese tipo de servicios en las cabeceras municipales.

La demanda en el consumo de bebidas alcohólicas en la entidad responde a múltiples factores de tipo social, entre los cuales podrían destacarse aquellos asociados a las vocaciones económicas de cada uno de los municipios, pero incluso también a factores de carácter climático.

Características del consumo de bebidas alcohólicas en Baja California

En el 2000 se realizó una encuesta en Baja California para consultar la opinión ciudadana en torno a la iniciativa de la Ley Estatal de Alcoholes. Es interesante destacar las preferencias diferenciadas de la población en lo referente al horario de cierre de los establecimientos autorizados para la venta de bebidas alcohólicas, lo cual probablemente se asocie, entre otras razones, a las distintas vocaciones económicas de los municipios, así como a la percepción ciudadana de la inseguridad pública en su localidad. La mitad de los entrevistados declaró que acostumbra ingerir bebidas alcohólicas; del total de estos últimos, las tres cuartas partes lo hacen de manera ocasional, y la quinta parte con una frecuencia semanal. Además, ocho de cada diez consumidores ingieren las bebidas alcohólicas en sus hogares, y solo uno de cada diez lo hace en bares (González y Estrella, 2000).

De acuerdo con datos del 2006, en el 13% de los hogares de Baja California se admitió que requieren ayuda o atención debido al abuso en el consumo de bebidas alcohólicas por alguno(s) de sus integrantes. A partir de este dato, se calculó que en Baja California existen 117.434 personas

(es decir, 4% de la población total) que requieren de ayuda o atención terapéutica, debido a que abusan con el consumo de bebidas alcohólicas (González et al., 2006).

De una encuesta aplicada, a principios del nuevo milenio, a los centros de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos de Baja California (González, 2003), se obtuvieron los siguientes hallazgos respecto a la población de internos adictos al alcohol:

El 62,1% ha tenido problemas de ansiedad o pánico; 59,1% depresiones; 57,6% alucinaciones; 54,5% delirios; 43,9% intento de suicidio; 42,4% de memoria o aprendizaje; 24,6% de funcionamiento sexual, y 16,7% de hepatitis.

Las edades de esta población de adictos al alcohol fueron las siguientes: 9,1% de 12 a 17 años; 18,2% de 18 a 23 años; 24,2% de 24 a 29 años; 7,6% de 30 a 35 años; 22,7% de 36 a 41 años, y 18,2% más de 41 años. Cabe destacar que uno de cada diez es menor de edad, y que poco más de la mitad de los internos (51,5%) tienen edades entre 12 y 29 años.

En otra encuesta aplicada en el Estado de Baja California, en el 2006, a estudiantes de diversos niveles educativos, se respondió que 54% de los universitarios, 38% de preparatoria y 18% de secundaria acostumbra consumir bebidas alcohólicas. A su vez, mientras que 60% de los universitarios suelen consumir bebidas alcohólicas en antros (discotecas), 47% de preparatoria y 38% de secundaria lo hacen principalmente en casas (propias o de otros) (González, et al. 2006).

En un estudio realizado también en el 2006, a partir de la consulta de información generada por el Servicio Médico Forense durante el período 1999-2004, se obtuvo que en el 37,8% de las muertes violentas ocurridas en el municipio de Mexicali debido a accidentes de tránsito, los exámenes toxicológicos de las personas fallecidas mostraron evidencia de consumo de bebidas alcohólicas, y en el 16,6% de los casos, de la combinación de alcohol y otros tipos de drogas (Fuentes, 2005).

En lo que respecta a muertes violentas debido a suicidio, el porcentaje de personas a quienes se les encontraron residuos de bebidas alcohólicas fue de 21,2%, y 13,6% una combinación de alcohol y otros tipos de drogas. En las muertes violentas debido a homicidio, los porcentajes fueron de 17,9% y 19,6%, respectivamente (Fuentes, 2005).

Perfil psicosocial de los internos de centros de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos del Estado de Baja California

Datos generales

En una encuesta realizada a principios del nuevo milenio a la población interna de 115 centros de rehabilitación y tratamiento de alcohólicos y drogadictos localizados en el Estado de Baja California (González, 2003), se encontró que el 82% eran hombres y el 18% restante, mujeres. El 50% de los internos se ubicaban en edades de 18 a 29 años (42%) y menores de 18 años (8%), de lo cual se puede afirmar que la mitad de los internos que reciben tratamiento en estos centros debido a su problema de adicción a las drogas y al alcohol corresponde a población juvenil.

En promedio, los internos de esos centros se iniciaron en el consumo de drogas a los 15 años. Aunque cabe destacar que la edad a la que empezaron a consumir drogas las mujeres es muy similar, según sus diversos rangos de edades. Así, tenemos que el 39% comenzó de los 13 a 17 años; 31% a partir de los 18 años, y el 30% restante antes de los 13 años. Es decir, que más de las dos terceras partes (69%) de las internas se iniciaron en el consumo de drogas ilícitas en edades tempranas, ya que aún no adquirían su mayoría de edad (la cual comienza a los 18 años).

En el caso de los varones, poco más de la mitad (52%) se iniciaron en el consumo de drogas ilícitas cuando tenían de 13 a 17 años, y 29% antes de los 13 años. Esto equivale a decir que prácticamente ocho de cada diez varones se iniciaron en el consumo de drogas ilícitas antes de lograr su mayoría de edad, lo cual representa una cifra un poco superior al porcentaje obtenido en el caso de las mujeres (69%).

Por otro lado, también se encontró que la proporción de internos que han trabajado o vivido en Estados Unidos es un poco superior a los que hasta el momento no lo han hecho, con porcentajes de 54% para los primeros y de 46% de casos en los segundos. Entre los que respondieron de forma afirmativa, 62% dijeron tener más de dos años viviendo o trabajando en ese país; 16% sostuvieron que tienen menos de un año, y el restante 22% apenas llevan entre uno y dos años. Asimismo, es interesante la información vertida en el sentido de que las tres cuartas partes (74%) de los internos que han vivido o trabajado en Estados Unidos reconocieron haber consumido drogas en ese país. Entre los que afirmaron lo anterior, las dos terceras partes consumieron drogas a diario, 17% varias veces por semana, y 16%, ocasionalmente.

Lo anterior revela con claridad que la ubicación fronteriza del Estado de Baja California es un factor geográfico que se debe tomar en consideración en sus múltiples implicaciones (tráfico y consumo de drogas, vigilancia fronteriza, transmigración, etc.), ya que contribuye al desarrollo de una dinámica sui géneris de las adicciones a las drogas ilícitas en la región, y que la hace diferente en este sentido respecto a otras regiones de México.

Al preguntarles a los internos cuál droga representaba su principal problema de adicción, se destacó como respuesta que son propensos a depender no solo de un tipo de droga, sino de varias de ellas. En este sentido, el 46% declararon que su principal problema de adicción lo representa la combinación de drogas (o drogas y alcohol); en el 25%, los estimulantes ('cristal' o metanfetaminas); en el 20%, los opiáceos (básicamente heroína); en el 7%, los depresores del sistema nervioso central (el alcohol), y solo en el 2%, los alucinógenos, donde destaca el consumo de marihuana.

Las combinaciones de drogas que representaron su principal problema de adicción fueron las siguientes: heroína-'cristal', alcohol-'cristal', heroína-cocaína, marihuana-'cristal', heroína-tranquilizantes, heroína-cocaína-tranquilizantes, heroína-'cristal'-cocaína, alcohol-heroina, alcohol-'cristal'-marihuana, 'cristal'-barbitúricos, alcohol-heroina-'cristal' y alcohol-cocaína.

Debido a su adicción a las drogas, los internos difícilmente se abstienen de consumirlas durante períodos prolongados. Al preguntárseles cuánto duró la última vez sin consumir la(s) droga(s) que provoca(n) su adicción, las respuestas que dieron fueron: el 48% se mantuvo en abstinencia de uno a siete días, 23% no aguantó un solo día, 22% duró de 15 a 21 días, y para el resto (7%) el tiempo de abstinencia fue variable. Entre los internos que duraron más de un mes, pero menos de un año sin consumir drogas, el 53% duró no más de cuatro meses en abstinencia, el restante 47% de cinco meses a menos de un año. A su vez, de los que declararon que en la última ocasión

que dejaron de consumir drogas duraron en abstinencia de un año en adelante, el 71% se mantuvo sin consumir drogas de uno a dos años, 18% de tres a cuatro años y 11% más de cuatro años.

Cabe destacar que solo el 15% de los entrevistados admitieron que han ingresado a tratamiento por abuso de alcohol. Al preguntarles cuántas veces en su vida se han tratado por abuso de alcohol en Baja California, el 53% respondió que lo hizo en una sola ocasión, 31% en dos ocasiones y el resto (16%) lo hizo tres o más veces. Por el contrario, entre los internos que han participado alguna vez en su vida en tratamientos por abuso de drogas, se obtuvo que el 56% lo ha hecho de una a dos veces, 21% de tres a cuatro, 13% más de seis y 10% de cinco a seis. Entre los que han recibido tratamiento en el Estado de Baja California por su adicción a las drogas, se tiene que el 35% ha ingresado a tratamiento en una sola ocasión, 27% más de tres veces, 24% lo ha hecho en dos, y 14% en tres. De los que han ingresado a tratamiento en otros centros del país, el 61% lo ha hecho en una sola ocasión, 21% más de dos veces y 18% en dos. En cuanto a los que han ingresado a tratamiento en centros de otro país, el 52% lo hizo una sola vez y 48% en más de una ocasión.

Con respecto a enfermedades o estados patológicos propios de las adicciones a las drogas, se encontró en los pacientes que el 15% ha tenido o tiene hepatitis, 7% daño cerebral, solo 1 de cada 100 declaró haber tenido o tener cirrosis hepática, la misma proporción que correspondió a diabetes. En cambio, las dos terceras partes (34%) han tenido o tienen trastornos gastrointestinales, 22% padece problemas de funcionamiento sexual, 42% de ansiedad o pánico, 33% ha intentado suicidarse, 51% ha padecido de depresiones, 29% de alucinaciones, 25% de delirios, y 34% problemas de memoria o aprendizaje.

Ambiente familiar de los internos

Un aspecto que resulta importante en el presente trabajo es el relativo a las características del ambiente familiar en el que se desarrollaron los internos durante su infancia. En este sentido, casi la mitad (48%) de los entrevistados mencionaron que provenían de familias nucleares; es decir, donde están presentes ambos padres. Poco más de la tercera parte (36%) afirmó que su familia de origen era incompleta, y el resto (16%) comentó que su familia era reconstruida, extensiva, o de otro tipo. Poco más de la mitad (53%) de los internos respondió que el trato o relación entre los miembros de la familia era distante o caracterizado por la agresión, y el resto (47%) mencionó que el trato era adecuado.

Al preguntarles que si se les presentaron algunos problemas específicos durante su niñez, la respuesta fue la siguiente: prácticamente la mitad (49%) dijo que tuvo problemas de aislamiento con los demás integrantes del hogar; 53% admitió haber tenido dificultades de conflicto frecuente con las figuras de autoridad, como padres y profesores; al 55% se le presentaron problemas de hiperactividad; al 59% de impulsividad, y al 60% de ansiedad.

Las dos terceras partes (67%) de los internos afirmaron que las condiciones económicas en que vivía su familia de origen fueron regulares o malas, y solo el 33% mencionó que fueron buenas; en otras palabras, la mayoría de los internos provienen de hogares en donde predomina la marginalidad económica. Poco más de las tres cuartas partes de los internos mencionaron que las condiciones de salud en que se desarrolló su niñez fueron buenas, en el 19% de los casos fue regular, y solo el 3% afirmó que fue mala.

Trayectoria escolar de los internos

En lo que respecta al nivel de escolaridad alcanzado por los internos, se tiene que 43% declaró que cursaron secundaria (incompleta o completa), 30% tiene estudios superiores al de secundaria, y el 27% restante no rebasa el nivel de primaria. Es de resaltar también el hecho de que poco más de la mitad (52%) no reprobó año durante su trayectoria escolar, 27% reprobó un año, y el 21% restante reprobó dos o más años. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2000, el 62% de la población en edades de 15 años y más de Baja California tenía instrucción superior a primaria.

En los centros de rehabilitación de la entidad, como hemos visto, el porcentaje es de 73%, el cual está por encima del parámetro estatal. Estos datos permiten afirmar que, al menos a nivel general, el grado de instrucción de los internos no parece ser uno de los problemas fundamentales que los haya conducido a la dependencia de las drogas.

Al preguntárseles si se les habían presentado situaciones problemáticas en la escuela durante la niñez y la adolescencia, las respuestas fueron las siguientes: 27% tuvieron problemas de aprendizaje escolar; 37% presentaron expulsiones frecuentes o definitivas de la escuela; 44%, situaciones de agresividad hacia los demás; 45%, conducta desafiante; 55%, desobediencia escolar; 62%, escape frecuente de la escuela (cuadro 105), y 65%, abandono.

Trayectoria laboral de los internos

En relación con esta, casi la tres cuartas partes (73%) afirmaron que trabajaban en algún lugar antes de ingresar al centro de rehabilitación. Entre los que respondieron que no trabajaban, 39% mencionaron que se sostenían a través de la ayuda de sus padres o familiares; 32% señalaron abiertamente que se dedicaban a vender drogas y a robar; al 15% lo sostenía su pareja o cónyuge, y el resto (14%) tenían otros medios de sostenimiento. Casi la mitad (48%) dijeron que percibían entre 801 a 2.000 pesos mexicanos a la semana, 35% ganaban no más de 800 pesos, y 17% sus ingresos eran superiores a los 2.000 pesos. Como referencia, la mitad de los internos no percibían más de 1.000 pesos semanales, cifra que representa la mediana de sus ingresos. Además de las fuentes de sostenimiento ya mencionadas, siete de cada diez internos expresaron que al menos en alguna ocasión necesitaron recurrir a otros medios para adquirir droga, los cuales por lo general están asociados a conductas delictivas. Los internos obtenían la droga por diferentes medios: 37% lo hacían con sus amigos o conocidos; 27% en la propia colonia; 15% en las “tienditas” (casas clandestinas dedicadas a la venta de drogas al menudeo); 10% en la calle, y el resto (11%) recurría a otros medios no especificados.

Las ocupaciones laborales en que se desempeñan los internos son muy diversas. Así, se tiene que el 24% trabaja como empleado de servicios; 21% se desempeña como albañil, obrero o mecánico; 9% es chofer o trabajador agrícola, y el resto (46%) se ubica en múltiples empleos. Uno de cada cinco internos ha permanecido de tiempo completo en su empleo no más de un año, 14% un año, 12% dos años, otro 12% tres años y el resto (40%) más de tres años. Antes de su internamiento en el centro, estos utilizaban su tiempo libre para drogarse (32%); practicar algún deporte (18%); ver programas de televisión, pasear y escuchar música (12%); andar vagando (10%); estar con la familia (9%), y el restante 19% lo dedicaban a otro tipo de actividades. Prácticamente nueve de cada diez internos mencionaron que cerca de su hogar hay lugares donde se practican



deportes. No obstante, cuatro de cada diez señalaron que no les interesaba practicar deportes en esos lugares.

Diferencias significativas entre los internos, por género

De la misma manera que en el apartado anterior, se desagregó la información por género para buscar diferencias estadísticas significativas en las respuestas a las preguntas formuladas a los internos, encontrándose unas diferencias en algunas de ellas, por lo cual se consideró importante proceder a analizarlas.

En lo correspondiente a género y edad de los entrevistados, del total de internos en edades entre 12 y 17 años, casi las tres cuartas partes (73%) eran mujeres, pero ese porcentaje disminuyó a 17% en el grupo de 18 a 23 años, a 15% en las edades de 24 a 29 años, y luego aumentó a 25% en el grupo de internos mayores de 47 años. En cambio, entre los internos en edades entre 30 y 35 años, 36 y 41, y 42 a 47, prácticamente nueve de cada diez eran varones.

La diferencia que se presentó en el estado civil de los internos, según su género, consistió en que las dos terceras partes (65%) de las mujeres eran solteras (45%) o vivían en unión libre (20%), pero cabe destacar que solo 6% de las mujeres eran casadas. Por el contrario, entre los varones, en ocho de cada diez el estado civil fue soltero (45%), casado (18%) o separado (18%). En suma, las diferencias más marcadas fueron que los varones presentan mayores porcentajes de casados que las mujeres, y estas mayores porcentajes de unión libre que los varones. En lo que respecta a si el interno ha trabajado o vivido en Estados Unidos, la respuesta está significativamente diferenciada por género, ya que mientras seis de cada diez mujeres dijeron que no, casi en esa misma proporción (57%) los hombres dijeron que sí lo habían hecho.

En lo correspondiente al consumo de cierto tipo de drogas, se obtuvo un patrón bastante diferenciado por género. Así, en lo referente al consumo de heroína, las mujeres se polarizaron en dos grupos: el primero (48%) respondió que tenía hasta cinco años consumiendo esa droga, mientras que el segundo (43%) la había consumido por más de diez años. En cambio, las tres cuartas partes (76%) de los hombres señalaron que tenían seis años o más consumiendo heroína, 33% de seis a diez años, y 43% más de diez. En cuanto al consumo de 'cristal' o metanfetamina, las dos terceras partes de las mujeres lo habían consumido durante un período de uno a

cinco años. Casi la mitad de los hombres (47%) la habían consumido de uno a cinco años, y la tercera parte lo hizo durante más de cinco años.

Asimismo, poco más de la mitad de las mujeres (54%) consumieron marihuana durante un período de uno a cinco años, y la cuarta parte (26%) lo hizo por menos de un año. Los hombres tuvieron una propensión hacia un mayor tiempo de consumo, ya que poco más de la mitad (52%) la consumieron por más de cinco años, y poco más de la tercera parte (36%) durante uno a cinco años. En casi la mitad de las mujeres (47%), las drogas que representaron su principal problema de adicción fueron los estimulantes (entre los cuales destacó primordialmente la metanfetamina). En los hombres el problema de adicción se manifestó en forma aún más compleja, pues casi la mitad (48%) declaró que el principal problema de adicción era la combinación de drogas. Entre el total de internos que dijeron que el principal problema de adicción provenía de los estimulantes, la tercera parte fueron mujeres. En cambio, del total de los que dijeron que su principal problema de drogas eran los opiáceos, nueve de cada diez internos fueron varones.

Poco más de tres cuartas partes (78%) de las mujeres afirmaron que se han internado para tratamiento por adicción a drogas de una a dos veces. Por el contrario, la mitad de los hombres se han internado más de dos veces (22% de tres a cuatro veces, 16% más de seis veces, y 11% de cinco a seis veces). Cabe agregar que del total de personas que declararon haberse internado más de seis veces, casi todos (98%) son hombres.

Respecto al tiempo de internamiento acumulado en sus diferentes ingresos a los centros de rehabilitación, cuatro de cada diez mujeres acumulaban hasta dos meses, y otra tercera parte (34%) más de seis meses. En los hombres, seis de cada diez acumulaban más de seis meses.

También existieron diferencias significativas en la manifestación de varias enfermedades (ocurridas en el pasado o en el presente) entre los internos. Mientras que la gran mayoría de las mujeres (94%) nunca había tenido hepatitis, el 17% de los hombres la había contraído. La mitad de las mujeres padecieron (o padecen) trastornos gastrointestinales; en cambio, siete de cada diez hombres dijeron que carecieron (o carecen) de ese problema. La gran mayoría de los hombres (94%) no han presentado daño cerebral, pero sí el 13% de las mujeres. Más aún, del total de internos en la entidad que manifestaron padecer daño cerebral, la tercera parte corresponde a mujeres. El 44% de estas admitió que ha tenido o tiene problemas de memoria y/o aprendizaje, pero en poco más de las dos terceras partes de los hombres (68%) ese problema no existe. Poco más de la mitad de las mujeres (53%) afirmaron padecer o haber padecido ansiedad y/o pánico. En cambio, en los varones, seis de cada diez respondieron que no han tenido ese problema.

Las tres cuartas partes (77%) de las mujeres han tenido o tienen problemas de depresión; en el caso de los hombres, poco más de la mitad (55%) afirmaron que no la han padecido. Finalmente, casi la mitad de las mujeres (48%) han intentado suicidarse; en cambio, siete de cada diez hombres afirmaron que nunca han tratado de quitarse la vida.

En lo referente al ambiente familiar de los internos, también se encontraron diferencias significativas por género. Mientras que casi en la tercera parte de las mujeres (64%) el trato entre los miembros de sus familias fue distante o de agresión, en casi la mitad de los hombres (49%) se afirmó que fue adecuado. Las dos terceras partes de las mujeres mencionaron que tuvieron problemas de aislamiento en la relación familiar durante su niñez. En los hombres, poco más de la mitad (54%) señalaron que no tuvieron ese tipo de problema. Mientras que ocho de cada diez varones afirmaron que su salud en la niñez había sido buena, el 35% de las mujeres mencionaron que fue regular o mala.

A casi las dos terceras partes de las mujeres (64%) se les presentaron dificultades frecuentes de conflicto con las figuras de autoridad (v. gr., padres, profesores) durante su niñez. En los varones ese problema estuvo presente en la mitad de ellos. Las dos terceras partes de los hombres afirmaron que abandonaron la escuela durante la niñez y la adolescencia. En el caso de las mujeres, casi la mitad (46%) admitieron que no la abandonaron. La edad a la que empezaron a consumir drogas las mujeres es muy similar, según los diversos períodos de inicio. Así, tenemos que el 39% comenzó de los 13 a 17 años, 31% a partir de los 18, y el 30% restante antes de los 13 años. En cambio, en los varones poco más de la mitad (52%) se inició de los 13 a 17 años, y 29% antes de los 13 años.

Ocho de cada diez hombres trabajaban en algún lugar antes de ingresar al centro de rehabilitación. En las mujeres, más de la mitad (57%) no trabajaban. Por último, existe una diferenciación significativa en el número de ingresos a la cárcel según el género de los internos. La mitad de las mujeres (51%) han ingresado a la cárcel más de diez veces; en cambio, la mayor parte de los hombres (46%) han ingresado de una a tres veces, poco más de la tercera parte (34%) más de diez veces, y la quinta parte de cuatro a diez veces. Llama la atención el porcentaje predominante de mujeres con más de diez ingresos a prisión.

Durante la aplicación de la encuesta, se pudo detectar que en algunas internas era frecuente la práctica de la prostitución antes de ingresar al centro, ya que además de ofrecer una alternativa de empleo, también era una opción para el suministro seguro de drogas. En el caso de los varones, la arraigada dependencia a estas propicia que su estancia recurrente en la cárcel suele ser muy breve, ya que su adicción, al ser producto de una enfermedad, los convierte en inimputables ante las leyes penales. Si bien el Código Penal vigente del Estado de Baja California plantea medidas de seguridad que se pueden imponer, como es, por ejemplo, el tratamiento en internamiento o en libertad de inimputables, o de imputables disminuidos, tal disposición se vuelve inútil en su aplicación debido a la escasez de infraestructura y de recurso humano profesional suficiente para brindarle tratamiento adecuado al adicto a las drogas, lo cual da como resultado que finalmente el juzgador opte por su liberación.

Conclusiones

En términos comparativos con el resto de las entidades federativas de México, el Estado de Baja California presenta problemas de adicción a las drogas que es necesario atender por la vía del tratamiento y la rehabilitación, así como mediante la debida atención a los factores de carácter psicológico y social que contribuyen a su consumo adictivo.

La localización fronteriza del Estado de Baja California con respecto a Estados Unidos es un elemento geográfico importante para entender los flujos de droga que se realizan a través de la dinámica del narcotráfico, lo cual genera condiciones de mercado en donde la demanda y oferta de drogas complican la situación del problema de las adicciones en esta entidad del país.

Los resultados de los indicadores de consumo de drogas registrados en las encuestas nacionales de adicciones en México, y la proliferación de centros de tratamiento y rehabilitación de adictos a drogas en los años recientes, revelan que el problema de las adicciones a estas en Baja California tiene niveles de complicación preocupantes, debido a lo cual requieren de su debida atención por parte de las instancias gubernamentales y de la sociedad civil.

Al igual que en el caso de las drogas ilícitas, el consumo de bebidas alcohólicas en la población de Baja California no es solo un asunto de salud pública, sino un problema social complejo.

Los riesgos que ocasiona el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas están impactando a la sociedad, tanto en el ámbito de la salud pública como en la comisión de conductas que generan situaciones de tensión y conflicto social.

El problema no reside únicamente en los bebedores, sino también en las condiciones sociales, que propician el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Los patrones de consumo de bebidas alcohólicas han cambiado en los últimos años, de tal forma que las mujeres participan cada vez más en calidad de consumidoras.

En el negocio de la producción y venta de bebidas alcohólicas existen múltiples intereses en juego, que deben ser regulados por el Estado y los municipios. Las deficiencias en la aplicación de estos mecanismos reguladores contribuirán a que el problema del consumo de bebidas alcohólicas se vuelva más complicado y, por lo tanto, con mayores repercusiones negativas en la sociedad.

Dentro de la problemática de las adicciones y consumo inmoderado de bebidas alcohólicas, la población juvenil del Estado de Baja California está sujeta a condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que de no atenderse debidamente por las instancias correspondientes, se estará desbordando un problema que va más allá del carácter de salud pública, debido a que forma parte de toda una problemática social que requiere de adecuadas medidas de atención a través de una política pública integral.

Bibliografía

Aburto Galván, C. (2002). Los programas de intervención contra el alcoholismo. *Psicología Social*, No. 12. México.

Alba, F. (1999). La cuestión regional y la integración internacional de México: una introducción. *Estudios Sociológicos*, vol. XVII, No. 51. México.

Borges, G. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, No. 41. México.

Borges, G.; Cherpitel, C. & Rosovsky, H. (1998). Male Drinking and Violence-Related Injury in the Emergency Room. *Addiction*, No. 93. USA.

Castro, M. E. et al. (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos diez años. *Salud Mental*, vol. 9, No. 4.

CIJ (1996). *Tendencias del consumo de drogas 1990-1995*. Centros de Integración Juvenil. México.

CIJ (2007). *Carpeta informativa*. Centros de Integración Juvenil. México.

Código Penal para el Estado de Baja California. Periódico oficial del 8 de octubre del 2011. Baja California, México.

De la Fuente, R. (1987). El problema de la farmacodependencia. Visión de Conjunto. *Salud Mental*, vol. 10, No. 4.

De la Fuente, R. & Rosovsky, H. (1989). Alcoholismo a Serious Health Problem in Mexico. *Voices of Mexico*, vol. 11. México.

Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud (1998). Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1997. *Salud Pública de México*, vol. 40, No. 6, noviembre-diciembre. México.

Elizondo López, J. (2003). Terapéutica en el manejo del paciente con trastorno dual: alcoholismo y depresión. *Cuadernos FISAC*, No. 1. México.

Fazio, C. (2007). México: las rutas de la droga y el dogal de la dependencia. En: Jelsma, M. y Celada, E. (Eds.). *Centroamérica: gobernabilidad y narcotráfico*. Transnational Institute. Amsterdam: The Netherlands.

Fuentes Romero, D. (2005). *Análisis y caracterización de la muerte violenta en la frontera norte de México: el caso de Mexicali, Baja California (1999-2004)*. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, Baja California.

González Reyes, P. (2001). *Diagnóstico situacional de los centros de rehabilitación de adictos a drogas en el Estado de Baja California*. Instituto de Investigaciones Sociales-UABC. Mexicali, Baja California.

González Reyes, P. (2003). *La caracterización de la población farmacodependiente en el Estado de Baja California*. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, Baja California.

González Reyes, P. & Estrella Valenzuela, G. (2000). *Resultados de la encuesta de opinión sobre la iniciativa de ley que regula la venta, almacenaje y consumo de bebidas con graduación alcohólica del Estado de Baja California*. Universidad Autónoma de Baja California, XVI Legislatura del Estado de Baja California. Mexicali, Baja California.

González Reyes, P., et al. (2006). *Estudio sociológico de los factores de riesgo asociados a entornos de conflicto y conducta antisocial: el caso de Baja California, 2006*. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, Baja California.

Instituto Mexicano de la Juventud (2005). *Encuesta Nacional de Juventud, 2005*. Instituto Mexicano de la Juventud. México.

Kaplan, M. (1995). Tráfico de drogas, soberanía estatal y seguridad nacional en América Latina. *El Cotidiano*, año 12, No. 71, septiembre, UAM-Azcapotzalco, México.

Maldonado Aranda, S. (2010). Globalización, territorios y drogas ilícitas en los Estados-nación. Experiencias latinoamericanas sobre México. *Estudios Sociológicos*, vol. XXVIII, No. 82, enero-abril. México.

Martínez Herrera, M. (2002). Alcoholismo, adicción permitida. *CIJ Informa*, No. 8. México.

Medina Mora, M., et al. (2000). Resultados del modelo OIT-OMS/OPS para la prevención del abuso y la dependencia en el lugar de trabajo. *Cuadernos FISAC*. México.

Medina Mora, M., et al. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, vol. 24, No. 4, agosto.

Ocampo Ortega, R.; Bojórquez Chapela, L., & Cortés Ramírez, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México*, No. 51. México.

Ornelas Delgado, J. (1994). Neoliberalismo y ocupación del territorio en México. *Problemas del Desarrollo*, vol. XXV, No. 99, octubre-diciembre, México.

Ornelas Delgado, J. (2000). La ciudad bajo el neoliberalismo. *Papeles de Población*, No. 23, enero-marzo. México.

Pérez Amezcua, B., et al. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de Educación Media Superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, vol. 52, No. 4. México.

Pradilla Cobos, E. (2002). Campo y ciudad en el capitalismo actual. *Ciudades*, No. 54, abril-junio. Puebla, México.

Procuraduría General de la República (2001). Sistema estadístico uniforme para el control de drogas. En: Presidencia de la República. Primer Informe de Gobierno. Anexo estadístico. México.

Ramos, L., et al. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarios de un centro de salud. *Salud Pública de México*, No. 43. México.

Rementería, I. (1997). La economía política de las drogas en la década de los años 90: una nota de síntesis. En: Hopenhayn, M. (Coord.). *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Chile.

Rodríguez Hernández, F. (1991). *Estado de México. Bienestar y territorio, 1960-1980*. El Colegio Mexiquense, A. C., México.

Rosovsky, H. (1992). Evolución del consumo per cápita de alcohol en México. *Salud Mental*, vol. 15, No. 1, marzo.

Secretaría de Salud (1991). *Encuesta nacional de adicciones*. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

Secretaría de Salud (1993). *Encuesta nacional de adicciones*. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

Secretaría de Salud (2004). *Encuesta nacional de adicciones*. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

Secretaría de Salud (2009). *Encuesta nacional de adicciones*. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México.

Souza y Machorro, M. (2000). La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social*, No. 8, mayo-agosto.

Tello Peón, J. (1993). El control de las drogas en México. En: Programa Nacional para el Control de Drogas. *Memoria del Encuentro Internacional de Expertos sobre Narcotráfico*. México.

Toro, M. (1995). *Mexico's "War" on Drugs*. Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers.

Torres, O. N. (1988). *México y Estados Unidos ante el problema del narcotráfico*. Centro Latinoamericano de Estudios Estratégicos, A. C., México.

Varela Cota, O. (2002). *La solidaridad familiar como apoyo en el hogar al aprovechamiento escolar del niño de primaria*. Tesis de Maestría. Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, Baja California.

Vargas Uribe, G. (1993). Michoacán en la red internacional del narcotráfico. *El Cotidiano*, año 8, No. 52, enero-febrero. México.

Vilalta Perdomo, C. (2010). Un examen de la relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos en México. *Estudios Sociológicos*, vol. XXVIII, No. 82, enero-abril. México.

Villatoro Velázquez, J., et al. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*, vol. 19, No. 3.