



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94



VIOLENCIA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA COMO FACTORES PARA LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS LICITAS E ILICITAS EN EL ADULTO.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. TORRES CRUZ RUBI VERONICA

**Coordinador de Tesis:
DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO**

**Investigador Asociado:
DR. CRUZ ATILANO BERNARDO**

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Aprobado por el Comité de Investigación No. 3515 del IMSS

Con el número de registro R-3515-2010-16

AUTORIZACIONES

Dr. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Alejandro Hernández Flores
Director de la UMF No. 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
De la UMF No. 94

INDICE DE CONTENIDO

Introducción	ii
Marco Teórico	4
Antecedentes científicos	42
Planteamiento del problema	46
Objetivos del estudio	48
Hipótesis	48
Identificación de variables de estudio	49
Definición conceptual y operacional de variables	49
Diseño del estudio	49
Metodología	50
Determinación estadística del tamaño de la muestra	50
Tipo de muestreo	50
Criterios de selección de la muestra	51
Procedimiento para integrar la muestra	52
Instrumentos de recolección de la información	52
Programa de trabajo	57
Cronograma de actividades	58
Descripción del procedimiento de trabajo de campo	58
Análisis estadístico	60
Recursos del estudio	60
Difusión del estudio	60
Consideraciones éticas del estudio	61
Resultados	62
Análisis de resultados	74
Conclusiones	79
Sugerencias	80
Referencias bibliográficas	81
Anexos	83

AGRADECIMIENTOS

Gracias Creador del Universo por el regalo de la vida que me has dado.
Gracias por proporcionarme todo lo que verdaderamente he necesitado.
Gracias por la oportunidad de sentir este precioso cuerpo y esta maravillosa mente.
Gracias por vivir en mi interior con todo tu amor con tu espíritu puro e infinito, con tu luz cálida y radiante. Gracias por utilizar mis palabras, mis ojos y mi corazón para compartir tu amor donde quiera que vaya.
Te amo tal como eres y por ser tu creación me amo a mismo tal como soy.
Ayúdame a conservar el amor y la paz en mi corazón, y hacer de este amor una nueva forma de vida y has que pueda vivir amando el resto de mi existencia.

Amen 

-Agradezco infinitamente a mis padres por ser el pilar de mi vida, que gracias a ellos he podido cumplir esta meta más, porque han permanecido a mi lado sin condición a pesar de las adversidades, respetando siempre mis ilusiones e ideales. Porque han construido en mí una persona capaz de enfrentarse a los retos de la vida, con coraje y decisión. Y cada estrella del firmamento es un agradecimiento para ustedes. Los amo eternamente.

-Gracias Rocío por mantenerte siempre atenta escuchando cuando más te necesitaba, porque cada palabra tuya me reconfortaba y me llenaba de optimismo, porque siempre cuento contigo para darme tu energía positiva, por enseñarme que existe dentro de cada uno de nosotros un poder inmenso escondido y que tenemos la capacidad de transformarlo siempre en positivo. Eres el refugio de mi alma.

-Gracias Amigos: R., N., S., A.- Porque con cada uno de ustedes pude experimentar en esta aventura momentos de felicidad, preocupación, aprendizaje, nostalgia... Por su apoyo infinito y confianza, por saber realmente escuchar, por mostrarse como son y por hacer crecer una amistad fuerte y duradera, porque ya tienen una puerta abierta en mi futuro para siempre. Los quiero muchísimo.

-A ti. Que me mostraste que hay muchos caminos para ser feliz a pesar de que el cielo era oscuro y con lluvia, por enseñarme a confiar en mí misma y reconocer mi propio valor. Por estar a mi lado siempre, por creer y confiar en mí. Estas eternamente en mi corazón. (σ1α∞)

-Dra. Lidia Bautista, agradezco su paciencia y largas horas de trabajo dedicadas a esta tesis, a pesar de tener una familia que la esperaba en casa, y porque sin su ayuda no hubiera podido ser este maravilloso trabajo. Gracias por enseñarme a ser mejor médico.

VIOLENCIA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA COMO FACTORES PARA LA ADICCION A SUSTANCIAS LICITAS E ILICITAS EN EL ADULTO.

Bautista-Samperio L.¹ Cruz-Bernardo A. ² Torres-Cruz RV. ³
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).Unidad de Medicina familiar (UMF) No. 94

RESUMEN.

Introducción: La dependencia a sustancias licitas y/o ilícitas es un grupo de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos, donde el individuo continua consumiendo a pesar de la aparición del problemas importantes. Es Multifactorial en el ámbito familiar, individual y social.

Material y Métodos: Estudio observacional analítico, transversal, ambilectivo, comparativo, en 455 participantes de la UMF.94 IMSS, relación 1:5 (ilícitas-lícitas). De 18 a más años, con consumo de sustancias licitas (alcohol y cigarro) e ilícitas (mariguana-cocaína-inhalantes). Invitación personalizada, entrevista individual. Se realizaron Escala de Coopersmith (autoestima), FASES III (Funcionalidad Familiar) y Tamizaje de Riesgo de Violencia Intrafamiliar, Análisis estadística descriptiva y coeficiente de correlación de Cramer y ji cuadrada.

Resultados: Ambos grupos con rango de edad 18 a 67 años, media de 35±6 años. Autoestima media alta en licitas con 40% y significativamente alta con 53% en ilícitas; funcionalidad familiar moderada en ambos 45%, violencia familiar moderada con 33% y 35% de lícitas e ilícitas, tipología familiar nuclear simple 35% licitas y 30% ilícitas.

Conclusiones: En ambos grupos las características de edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil fueron semejantes. Hay en su mayoría (80%) consumo tanto en grupo de sustancias licitas e ilícitas, las mujeres con mayor consumo de licitas y los hombres de ilícitas. La autoestima tiene correlación media, la violencia, funcionalidad y tipología familiar una correlación fuerte. No hay diferencia significativa de consumo y adicción entre grupos. Todas las características sociodemográficos influyen en la adicción.

Palabras claves: Farmacodependencia, violencia familiar, autoestima, factor de riesgo.

¹ Mta. Admón. en Sistemas Salud. Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar. UMF 94, IMSS-UNAM Investigador Responsable.

² Médico Psiquiatra HGZ. 29 IMSS. Investigador Asociado.

³ Residente del Curso de postgrado en Medicina Familiar. UMF. 94 IM

INTRODUCCION

La drogadicción o farmacodependencia es la resultante de la interacción de tres factores: una sustancia (natural-sintéticas; lícita-ilícita), cuyos efectos se manifiestan particularmente en el sistema nervioso central y que, por su acción farmacológica, poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto al consumo recurrente; de un consumidor y un contexto. La prevalencia mundial del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ilegales se ha incrementado según los últimos informes. La oficina contra la droga y el crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC) en el 2004, informó que en el mundo 185 millones eran consumidoras de sustancia ilícitas, y para el 2005 esta cifra ascendió a 200 millones, de los cuales el 4% fue por marihuana, 0.6% anfetaminas, 0.4% opiáceos, 0.3% cocaína y 0.2% a éxtasis.

En México (2008), según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, el consumo de drogas legales en la población entre 12 a 65 años, en área rural y urbana, ha aumentado menos del uno por ciento en los últimos cinco años y pasó de un 5% en el 2002, al 5.7 % en el 2008. En cuanto al tabaquismo se encontró que 18.5% corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; por grupo de edad 8.8% fueron adolescentes y 20.6% adultos. Con respecto al alcoholismo se reporta que el 5.5% total de la población presenta abuso o dependencia a este. En cuanto al sexo el 9.7% son hombres y 1.7% mujeres, por edad de 12 a 17 años 2.9% y de 18 a 64 años el 6.1%

La génesis multifactorial de la farmacodependencia implica factores de riesgo tanto en el ámbito individual, familiar y social. Destaca en lo individual conductas antisociales y de rebeldía, depresión, baja auto estima, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, etc. En lo familiar el alcoholismo o farmacodependencia de uno o ambos padres o familiares, escasa habilidad paterno-filial, disfunción familiar y violencia

intrafamiliar, ésta última poco abordada debido a la falta de denuncia, probablemente influenciado por ser familias tradicionales o desintegradas, aspectos culturales, de género y mitos en las mismas. Con respecto a la violencia intrafamiliar algunos datos emitidos en el 2002, según el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) el tipo de maltrato reportado fue psicoemocional en 1678; psicofísico en 1591; psicosexual en 171 psicosexual y de los tres tipos en 312.

Considerando que la iniciación de las adicciones cada vez es a menor edad, el Sector Salud y desde luego el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha generado estrategias de atención y educación a la población en riesgo y más aun en aquellos consumidores para guiar su manejo, auxiliado en los centros de rehabilitación, haciendo esfuerzos en corresponsabilidad con el equipo de salud de primer nivel, psicólogos y psiquiatras como parte del apoyo asistencial.

De ahí que se planteó la necesidad de hacer una búsqueda minuciosa tanto de los factores de riesgo estudiados en otras regiones y momentos históricos, al mismo tiempo y de forma imperativa el ampliar éste panorama a través de la investigación dirigida a aquellos factores poco explorados de maneja conjunta en lo psicofamiliar, como son la autoestima, funcionalidad y violencia familiar, considerando que finalmente son ámbitos en el ejercicio como médico familiar y de primer contacto junto con el equipo de salud en donde se puede realizar intervenciones de diversa índole, con la finalidad más que del abordaje como terapeuta, de sustentar con base a dichos factores, la búsqueda de redes de apoyo para el manejo integral y en corresponsabilidad de ésta dependencia y por ende de las enfermedades relacionadas y sus consecuencias tan devastadoras.

MARCO TEORICO

El uso de sustancias o drogas psicoactivas para obtener efectos euforizantes y psicodélicos se ha dado en todos los tiempos, así como en diversos ámbitos geográficos, culturas, etc. unas veces con fines religiosos y otras con fines curativos. ⁽¹⁾ La mayoría de las drogas que se utilizaban provenían de plantas, y luego se les convertía en drogas como la cocaína, heroína y cannabis (marihuana). En el siglo XX, las personas encontraron la forma de hacer drogas a partir de productos químicos. ⁽²⁾ A mediados del siglo XIX, en las boticas de América y Europa, había 70.000 remedios de fórmula secreta (casi todos con drogas psicoactivas). En ese momento las drogas dejaron de ser vegetales mágicos, ligados a ritos y sacramentos. El siglo XIX fue prolífico en el descubrimiento de fármacos puros, muchos de ellos derivados de drogas ya conocidas desde siglos atrás. Por un lado las dos sustancias más conocidas y utilizadas en nuestro entorno geográfico, es decir alcohol y cigarro seguían consumiéndose y empezaban, presentaban en muchos casos a producir problemas de salud. El uso abusivo de bebidas alcohólicas durante el siglo XVI al XIX fue sobre todo de bebidas fermentadas. Durante esos siglos se decía que los españoles eran reputados por la sobriedad. Pero además habría que tener en cuenta que el concepto de alcoholismo aun no existía. Poco a poco éstas dos, si bien no fueron desplazadas, empezaron a compartir espacios con otras drogas como el opio, la coca, o el café. Años posteriores y ya de forma industrializada legal e ilegalmente se inicia la producción de sustancias sintéticas como la Morfina (1805), codeína (1832), Atropina (1833), Cafeína (1841), Cocaína (1860), Heroína (1874), Mezcalina (1888) y los Barbitúricos (1903). Durante el siglo XIX y principios del XX, algunas de las sustancias psicótropas que existían desde tiempos inmemoriales se fueron extendiendo debido entre otras causas a la química que permitió aislar los alcaloides y facilitar su distribución y venta. Sustancias que en un principio tenían un uso farmacoterapéutico y que más adelante fueron

utilizándose en el contexto de consumo recreativo, (cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, etc.) De venta libre hasta que la apreciación de la aparición de problemas de orden orgánico hizo que se promulgaran medidas para controlar su uso. Convivieron con el alcohol y el tabaco, que tampoco quedaron exentas de las observaciones por parte de los clínicos, cuando empezaron a atribuirles consecuencias para la salud tanto físicas como mentales. Así llegados al período de segundo cuarto del siglo XIX, empezaron a aparecer legislaciones específicas y consensos internacionales para incrementar el control sobre las mismas. A mitad del siglo XX se conceptualizó el problema bajo el epígrafe de adicción o dependencia a sustancia, lo que obligó no solo a legislar, sino a atender a los afectos por el consumo, dentro de una asistencia cada vez más necesaria y reglada ⁽³⁾

En el caso de las adicciones, desde principios de los sesenta se distinguían dos categorías básicas de esfuerzos para controlar el uso de drogas y los problemas asociados: Programas de reducción de la oferta; producción, distribución y venta; narcotráfico y Programas de reducción de la demanda; prevención, tratamiento y rehabilitación. En los años subsecuentes, las nuevas propuestas psicoeducativas dieron lugar a la realización de estudios dirigidos a investigar cómo modificar actitudes y conductas que exponían a los individuos a situaciones de riesgo o daños a la salud, entre éstos se encontraron los estudios sobre riesgos ambientales y prevención de accidentes. Se da el surgimiento de organismos como la Organización Mundial de la salud (OMS), después de la segunda guerra mundial y en 1946, esta estipula la importancia del desarrollo de estudios e intervenciones preventivas en los ámbitos comunitarios. Resultaron de particular interés los problemas relacionados con el alcoholismo, las adicciones y las enfermedades psiquiátricas.

El comité también estimó que “el más importante principio sobre el cual habría de basarse el futuro trabajo de la OMS, era estimular la inclusión en los servicios de salud, del fomento de la salud tanto mental como física de la colectividad”.⁽⁴⁾

La adicción a sustancias es un problema generalizado en la mayoría de los países del mundo, y se ha visto agudizado en los últimos diez años de manera alarmante, de ahí la necesidad de ubicar algunos términos y conceptos relacionados con dicha problemática, así podemos decir de qué:⁽⁵⁾

La adicción en general, es la conducta compulsiva que lleva al individuo a realizar cualquier actividad que no es capaz de controlar, llevándolo a conductas continuas y permanentes que perjudican su calidad de vida, se ha aceptado en la literatura la aplicación de éste término a varias circunstancias, así se habla de adicción al trabajo, a la familia, las relaciones humanas, pero principalmente este concepto se ha utilizado con mayor frecuencia haciendo referencia a las sustancias tóxicas que pueden ser de manera lícita como el tabaco y el alcohol e incluyen analgésicos y ciertos medicamentos utilizados comúnmente en la práctica médica, así como los de tipo ilícito (mariguana, inhalantes, cocaína, heroína, etc.)⁽⁶⁾

Ahora bien **la adicción o dependencia** a sustancias se define como un estado en el que el individuo presenta falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual. En esta, el individuo continúa utilizando los tóxicos a pesar de los efectos adversos que estos ejercen en su organismo, esto son síntomas fisiológicos y de comportamiento del uso de sustancias. Entonces la adicción a las drogas, síndrome de dependencia o también llamado farmacodependencia, alude a un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencia la pérdida del control de la persona sobre el consumo habitual de tales sustancias que se acompañan de tolerancia y abstinencia, al cabo de recurrir al uso nuevamente de las mismas, con el propósito de mitigar los efectos psicofísicos.

⁽⁶⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la **farmacodependencia** como: "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo." (OMS, 1969). ⁽⁷⁾

Cuando hablamos de **uso o consumo de sustancias**, debe considerarse que sea esporádica o experimentalmente, puede mantenerse aisladamente y en breve temporada esto sin que llegue a causar propiamente daño o alteraciones psicofísicas a la economía corporal. El **abuso de sustancias o consumo**, se refiere a la indulgencia en el uso o ingesta de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un detrimento en la salud física y mental de la persona que lo realiza, o el bienestar de otros, esta afección se caracteriza por un patrón de uso patológico continuo de dicha sustancia, que trae repercusiones sociales adversas repetidas, tales como la incapacidad de cumplir con las obligaciones laborales, familiares o escolares, conflictos interpersonales o problemas legales, puede llevar a **la adicción o dependencia de sustancias**, caracterizado por el uso continuo de un fármaco o sustancia a pesar de que el sujeto está consciente de tener un problema causado o desencadenado precisamente por su uso. Estos síntomas pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado, pero se considera que no sea menor a un mes. Todo uso de drogas lícitas o ilícitas de una manera que no sea dictada por las normas sociales o a las órdenes de un médico, se considera como un abuso de acuerdo con esta definición. La dependencia requiere del desarrollo de tolerancia fisiológica que lleva a síntomas del síndrome de abstinencia.

La dependencia casi siempre implica el abuso, pero el abuso ocurre frecuentemente sin dependencia. ⁽⁶⁾. El uso inadecuado de sustancias con otra finalidad de la esperada para lo que fue creada se le denomina mal uso de sustancias. Tal es el caso de aquellas de uso médico (bajo prescripción) o no médico que los individuos se automedican con o sin indicación adecuada conforme su malestar y sin alcanzar el efecto deseado. Existe una gran variedad de sustancias que se califican como fármacos de abuso, y que se usan por auto prescripción, por moda, tendencias sociales y de mercadotecnia, de modo que prácticamente cualquier sustancia de uso médico o no médico puede ser utilizado con fines de abuso. Algunos ejemplos son: Los fármacos con propiedades analgésicas, los medicamentos disolventes volátiles contenidos en los nebulizadores, anestésicos, antiácidos, sustituto de los anabólicos esteroideos; los anabólicos esteroideos, loperamida, el fentanil y la naltrexona, relajantes musculares de acción central, pomadas y ungüentos, etc., produciendo así consecuencias nocivas a la salud de los usuarios.

Las sustancias psicotrópicas son todas aquellas sustancias naturales o sintéticas cuyos efectos se ejercen, en el Sistema Nervioso Central, y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto a experimentar su uso continuado, generando así una adicción. Tales fármacos pueden ser de utilidad en la terapéutica médica debido a sus propiedades analgésicas, sedantes (tranquilizantes, hipnóticas o ansiolíticas), estimulantes, etc. Las llamadas sustancias químicas o fármacos de uso no médico, son en su mayoría de producción ilegal y clandestina, su uso se limita por lo general a una forma de consumo con fines de intoxicación.

⁽⁶⁾. En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM VI) define a **sustancia** como una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Las agrupa en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína;

cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y finalmente sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.⁽⁷⁾ También las podemos clasificar con base en sus propiedades químico-farmacológicas y específicamente en sus efectos sobre el SNC. Una que es de uso práctico y de gran utilidad es la clasificación de National Institute of Drug Abuse (NIDA). Así todos los fármacos que operan sobre el SNC tienen un efecto **estimulante** o **depresor** de sus funciones, provocando ya sea **efectos sedantes** o de **alertamiento** en mayor o menor medida. Este primer grupo que son **depresores** intervienen en la función de los tejidos excitables reprimiendo todas las estructuras presinápticas neuronales con la consecuente disminución de la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso, lo cual produce además una disminución de la función de los respectivos receptores postsinápticos (alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, así como disolventes volátiles). El alcohol al igual que otros depresores como los barbitúricos y las benzodiacepinas produce una estimulación de la transmisión GABAérgica inhibitoria, lo cual resulta como efecto depresor, por otra parte el alcohol inhibe la transmisión glutamatérgica excitatoria por acción directa sobre los receptores NMDA lo cual también resulta en una depresión del SNC. En este se incluye el grupo de los opiáceos como al opio, morfina, heroína, meperidina, codeína, difenoxilato, fentanyl, nalbufina, propoxifeno y la metadona. Un segundo grupo son los **estimulantes** o simpaticomiméticos ejercen un bloqueo sobre la inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa, dentro de sus mecanismos de acción pueden ocasionar aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, alargamiento de la acción de los neurotransmisores, labilización de la membrana neuronal o reducción del tiempo de recuperación sináptica, se considera un grupo de estimulantes mayores entre los cuales se

incluyen a la cocaína y a las anfetaminas y un grupo de estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas.

Existe un tercer grupo denominado **alucinógenos**, por el efecto que producen sobre los procesos sensoriales de percepción, generando una inhibición de los receptores serotoninérgicos, o un bloqueo de los receptores muscarínicos centrales; entre ellos se incluye al LSD y otros fármacos similares como la psilocibina, mezcalina y el grupo de los cannabinoides. ⁽⁵⁾

Otra clasificación de suma importancia para las sustancias es la legal, en México la prescripción y venta de psicotrópicos de uso médico llamados psicofármacos, se encuentran reguladas por la Secretaría de Salud a través de la Ley General de Salud y con ello adquieren la categoría de legales. Se clasifican en cuatro grupos según su capacidad para producir dependencia. El **grupo I**, son aquéllos que pueden adquirirse exclusivamente con receta especial, cuando el enfermo lo requiera, pero por periodos no mayores a 5 días, incluyen a los opiáceos utilizados para analgesia y anestesia, tales como meperidina, citrato de fentanil y dextropropoxifeno inyectable. El **grupo II** comprende los que requieren receta con datos del médico y se retienen a su dotación. Incluye al Diazepam y todas las benzodiacepinas; barbitúricos; anorexígenos analgésicos narcóticos y anestésicos. En el **grupo III** igual que el anterior la receta se requisita con datos del médico y se recoge para su fiscalización. Los fármacos clasificados son barbitúricos solos; anorexígenos, cafeína; los tranquilizantes y atarácicos. Y el **grupo IV** se incluyen todos los demás medicamentos, los cuales no requieren un control semejante. ⁽⁸⁾

La dependencia de sustancias es definida por el DSM IV como un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados

con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia se va aplicar con los criterios de un grupo de tres o más de los síntomas que a continuación se mencionan, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia.⁽⁸⁾

Es indispensable entonces el reconocimiento de los siguientes criterios:

Criterio 1: Tolerancia, es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis, su grado varía según el tipo de sustancia (opíáceos, estimulantes, alcohol, etc.), en ocasiones llegando incluso a consumir hasta diez veces más del consumo reconocido como limítrofe para causar síntomas de toxicidad.

Criterio 2a: Abstinencia como un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivas y fisiológicas, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

Criterio 2b: es decir después de la aparición de los síntomas de abstinencia, el sujeto desde que se despierta **toma la sustancia a lo largo del día** para eliminar o aliviar dichos síntomas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y cocaína, así como la nicotina, se presentan casi

siempre, aunque en ocasiones son difíciles de detectar. Ni la tolerancia, ni la abstinencia, son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias.

Criterio 3: El sujeto puede expresar el **deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia.**

Criterio 4: Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

Criterio 5: Todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.

Criterio 6: El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los *hobbies* con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, la persona continúe consumiendo la sustancia.

Criterio 7: La imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa. ⁽⁸⁾

En la drogadicción se hace una cronología de la adicción, teniendo la siguiente estatificación:

Estadio 0. Se consume por curiosidad, el adolescente se vuelve al uso de drogas.

Estadio 1. Se da el aprendizaje en el uso de drogas.

Estadio 2. Busca los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros.

Estadio 3. El individuo se convierte en farmacodependiente (el uso de las drogas le resulta necesario para mantener su aparente bienestar).

Estadio 4. Pasa a la cronicidad. ⁽⁶⁾

La tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para

distinguir su presencia o su ausencia. Así puede hablarse de **dependencia fisiológica** se especifica cuando se acompaña de signos de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2 y 3), así mismo **Sin dependencia fisiológica, se usa** cuando no existe evidencia de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2).⁽⁸⁾

El término de abuso de sustancias según el DMS IV, a diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, no incluye la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias. Se citan los siguientes criterios.

El **Criterio A**. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

Criterio A1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia).

Criterio A2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil).

Criterio A3. El sujeto tiene problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento.)

Criterio A4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos

de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Criterio B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia ⁽⁸⁾

Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar las sustancias recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia.

Hoy en día, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas [SPA] ilegales, se ha incrementado de manera acelerada según los últimos informes mundiales. La oficina de la Organización de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC] Informó que, en el 2004 el número de consumidores de SPA ilegales se aproximaba a 185 millones, ascendiendo en el 2005 a 200 millones, de los cuales el 4% fue por marihuana; 0,6% anfetaminas; 0,4% opiáceos; 0,3% cocaína y el 0,2% éxtasis (UNODC, 2005). Dicho organismo estimó que en el 2007, entre 172 a 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez en el año, así mismo que había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años de edad. ⁽⁵⁾

Esta problemática también tiene variación conforme el ámbito geográfico y el tipo de droga empleada, por ejemplo en África y Oceanía fue por cannabis (63% en África; 47% en Australia y Nueva Zelandia); en Asia y Europa los opiáceos (65% y 60%, respectivamente). La cocaína en América del Norte (34%) y América del Sur (52%); y los estimulantes de tipo anfetamínico estuvieron más generalizados en Asia (18%), América del Norte (18%) y Oceanía (20%). El cannabis sigue ocupando un lugar cada vez más importante en Europa, América del Sur y Oceanía desde fines del decenio de 1990.

Según el informe de éste mismo organismo (UNDOC), en el 2007, reportó una prevalencia mundial anual de 200 millones de personas con consumo de drogas. Entre los 15 a 64 años un total de 6.475 millones con uso indebido de drogas. Respecto a la prevalencia mensual fue de 110 millones, con consumo problemático de drogas problemáticas entre los de 15-65 años de edad, 25 millones de personas (0.6%) ⁽⁵⁾

Las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en México, reportan que el consumo de drogas va en aumento. En 1988, el 4.31% de la población mexicana entre los 12 y 65 años había consumido una droga no médica, mientras que en 1993 lo había hecho el 5.5%. Algunas drogas reportan incrementos espectaculares en la prevalencia, por ejemplo la marihuana de 2.6% contra un 3.3%, la cocaína 0.3% contra 1.1% (años 1988 y 1993 respectivamente). Por otra parte, respecto a la demanda se observó que, alrededor del 60% de los adictos en los países manifestaron como principal razón para iniciarse en el consumo de drogas la curiosidad, y el 15 % la imitación. Los factores que en la adolescencia condicionaron el inicio en el consumo de estas sustancias se relacionaron muchas veces inherentes a las características propias de la edad. En la población estudiantil en el nivel de enseñanza media del estado de Jalisco, según la encuesta realizada en 1991 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se registró que el 10% había hecho uso alguna vez en la vida de alguna sustancia tóxica de curso ilegal, se estimó que el consumo de inhalantes y marihuana "alguna vez en la vida" alcanzaba el 4% y el 3%, respectivamente, registrándose así consumo de anfetaminas (2%), tranquilizantes (2%), y cocaína (1%). Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 1993, en la región Occidental, integrada por los Estados de Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas, la prevalencia total del consumo de sustancias de curso ilegal afectó al 5.5% de la población urbana entre 12 y 65 años siendo la

segunda región con más alto consumo en el país. Las sustancias que reportaron un mayor consumo fueron marihuana, 4.5%, la cocaína 1.1% e inhalantes 0.3%. Por rango de edad entre los 19 a 25 años el mayor porcentaje fue de hombres y de 26 a 34 años mujeres. ⁽⁹⁾

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el registro del diagnóstico de farmacodependencia a sustancias ilícitas era común en los registros habituales, no así respecto a las lícitas, especialmente como el alcohol; se observaban más diagnósticos relacionados con trastornos orgánicos y psiquiátricos secundarios a los mismos. Este fenómeno ha tenido cambios, tal vez por la demanda creciente de éste tipo de consumos y/o enfermedades relacionadas, y por otro lado el cambio en la normatividad del registro mismo, así en el 2009 en medicina familiar (MF), se otorgaron en relación a sustancias lícitas 13 mil consultas por trastornos mentales asociados; 4000 en la consulta de especialidades y poco más de 20 mil en el servicio de urgencias. La demanda por abuso de sustancias psicoactivas fue un total de 2 mil en MF y 400 en especialidad, 100 en urgencias en este mismo año. ⁽⁹⁾

En este comportamiento epidemiológico descrito, ya se mencionaron algunos aspectos que probablemente influyen para ello: normatividad, registro, cultural, región, etc. Pero también cabe señalar que otro factor innegable es la dificultad de identificar las manifestaciones clínicas, muchas veces no expresadas o traslapadas con procesos psiquiátricos. Para ello a continuación se mencionan los datos más frecuentes de complicaciones de los síndromes de intoxicación y abstinencia, que deben ser sistemáticamente investigados en los pacientes en quienes se sospecha de ellos, pueden citarse de acuerdo a los siguientes parámetros:

A nivel conductual, diferentes grados de agitación o sedación, puede encontrarse con la ingesta de anfetamínicos, cocaína o alucinógenos. Eventualmente el síndrome de

intoxicación por dosis altas de marihuana puede ser responsable del cuadro. Es posible que el síndrome de agitación psicomotora sea consecuencia de un estado de abstinencia de sedantes o hipnóticos así como de opiáceos.

Alteraciones en los signos vitales. La tensión arterial puede encontrarse elevada a causa de una intoxicación por anfetamínicos o cocaína; la hipotensión arterial es consecutiva a una deficiente perfusión tisular, producto de la posible intoxicación con agentes opiáceos o con cualquier depresor del SNC. Este signo también ha sido reportado durante la abstinencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, especialmente de los barbitúricos. La taquicardia, representa un hallazgo no específico que suele estar presente tanto en síndromes de intoxicación como de abstinencia de diferentes psicotrópicos. A dosis altas, los opiáceos pueden inducir taquicardia y arritmias, al igual que la intoxicación por cocaína y otros estimulantes.

La hipertermia maligna. Es infrecuente durante la abstinencia de opiáceos y barbitúricos, así como en aquellos donde existe administración de estimulantes y cocaína. Con esta última sustancia se han reportado elevaciones térmicas fatales, quizá resultantes del daño al SNC. La intoxicación por opiáceos produce hipotermia, especialmente en los expuestos al frío. Este signo se acentúa en los individuos que se encuentran en estado de choque, en el cual también están involucrados los barbitúricos, el hidrato de cloral, la glutetimida, las fenotiazinas, los antidepresivos tricíclicos, los anestésicos generales, el monóxido de carbono y la insulina. Las complicaciones conocidas y más frecuentes son: la acidosis, la hiperkalemia e hipercalcemia, la coagulopatía, las taquiarritmias, la insuficiencia renal, las secuelas neurológicas, el estado de coma y el deceso. Pero los depresores del SNC tales como sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, también son capaces de producir hipotermia maligna.

La respiración. Se ve alterada por dosis bajas de opiáceos, registrándose una disminución franca de la frecuencia respiratoria; en algunos inducen broncoconstricción. Puede encontrarse incrementada en la intoxicación por cocaína, anfetamínicos y otros simpaticomiméticos, así como en el síndrome de abstinencia de opiáceos. La broncodilatación por su parte se asocia con el uso de marihuana.

En Piel, las personas intoxicadas con estimulantes y cocaína a menudo presentan vasodilatación y enrojecimiento, signo que puede estar también presente durante la intoxicación por disolventes volátiles. En casos muy severos de intoxicación por cocaína suele existir cianosis, como consecuencia de las complicaciones cardiovasculares. Casi todos los síndromes de abstinencia producen incremento de la respiración. La diaforesis corporal puede observarse también en la intoxicación secundaria a sustancias simpaticomiméticas.

La **piloerección** se observa frecuentemente en los síndromes de abstinencia de opiáceos. La presencia de huellas de punción en los sitios de localización venosa sugiere uso de heroína, cocaína o Anfetamínicos administrados. En las personas que usan heroína en forma subcutánea es posible encontrar ulceraciones, abscesos e incluso colecciones purulentas procedentes de capas profundas de la piel o los residuos de pegamentos plásticos adheridos a ésta sugieren uso de disolventes volátiles.

En **ojos** la abstinencia de opiáceos produce aumento de la secreción lacrimal, la hiperemia conjuntival se asocia especialmente al uso de disolventes volátiles y marihuana.

En **nariz** la mucosa se puede encontrar hiperémica, al igual que la ulceración y perforación del septum nasal pueden ser consecuencia de la inhalación de cocaína. La rinorrea es un signo temprano de abstinencia de opiáceos y es frecuente en la inhalación de disolventes volátiles.

En el **sistema cardiovascular**, la intoxicación por cocaína produce dolor que puede preceder al infarto agudo del miocardio, es posible que existan datos de edema pulmonar cuando se ha aplicado una sobredosis de opiáceos. La fibrilación ventricular manifestada por arritmia también se presenta como consecuencia de la inhalación de disolventes volátiles.

En el **abdomen**, el dolor espasmódico que comienza 24 horas después de la discontinuación de los opiáceos, puede hacer pensar en un síndrome de abstinencia de tales sustancias; el dolor abdominal también se presenta en la intoxicación por estimulantes y cocaína, sin embargo, no persiste más de algunas horas, a menos que exista un episodio de isquemia mesentérica; el íleo paralítico es común en personas que han utilizado opiáceos, sedantes y sustancias antimuscarínicas como los antiparkinsonianos trihexifenidil, biperiden, los neurolepticos como benzotropina y prociclidina.

En **sistema nervioso central**. El estado neurológico de los pacientes intoxicados o que cursan con síndrome de abstinencia presenta a menudo alteraciones del estado de conciencia y la actividad refleja. La administración de opiáceos puede inducir estados de somnolencia, en tanto que el uso de estimulantes incrementa el estado de alerta. Así, la presencia de estupor o estado de coma en ausencia de otros signos neurológicos, sugiere un síndrome de intoxicación por sobredosificación. El estado de coma flácido con arreflexia o bien la obtención de un electroencefalograma isoelectrico, se observa en las intoxicaciones severas por opiáceos y otros sedantes solos o combinados y puede semejar estados de muerte cerebral, el estado de conciencia debe evaluarse continuamente por lo menos cada 10 minutos, como indicador de la progresión o mejoría de la intoxicación.

Secundario al consumo crónico de estas sustancias se ha observado la presencia de **trastornos mentales asociados**, y complican su curso y su tratamiento (p. ej., trastorno

disocial en la adolescencia; trastornos límite y antisocial de la personalidad, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo).⁽⁶⁾

Para su diagnóstico complementario los análisis de laboratorio de muestras de sangre y orina ayudan a determinar el consumo reciente de una sustancia, ofrecen información adicional sobre la cantidad de sustancia todavía presente en el organismo. Hay que señalar que un análisis positivo no indica por sí mismo que el sujeto tenga un patrón de consumo de sustancias merecedor del diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias, y que un resultado negativo tampoco lo descarta. Para lograr el diagnóstico de dependencia de sustancias exige la obtención de una historia detallada del sujeto, y, siempre que sea posible, debe recogerse información adicional de diversas fuentes como el expediente clínico, esposa, familiares y amigos íntimos, también son útiles las pruebas toxicológicas para realizar el diagnóstico diferencial de la intoxicación o por la abstinencia de sustancias. Por ejemplo si comparamos los diferentes fluidos para detección de droga encontramos que tiene un tiempo de detección de 2-4 días. La saliva tiene un tiempo de detección de 12-24 hrs, de fácil obtención, pero modificable por el pH, su uso primario es de asociación del resultado positivo a deterioro en desempeño y conducta. El sudor de 1 a 4 semanas, su ventaja es de medición de droga acumulada, su desventaja es la alta contaminación, su uso primario es que detecta uso reciente. El cabello tiene un tiempo de detección de meses, con una ventaja de medición de uso crónico, y con desventaja de alta contaminación, su uso primario es la detección en pasado reciente (1-6 meses).

Es importante mencionar algunos aspectos generales de las sustancias más frecuentemente utilizadas, por mencionar algunas sustancias tendríamos a:⁽⁸⁾

Cannabis, sus nombres comunes son: marihuana, blow, resina, aceite, verde, hierba, dope, gungun, ganja, hash, leaf, pot, bango, cañamón, marihuana, bastoncillos tailandeses,

bastoncillos de buda, cigarro de marihuana, kif, marie-jeanne, sinsemilla, charas, hash, khif, shit, H, hachís. (Esta última es la resina comprimida y desecada separada de los capullos en flor de la planta). Se fuma en cigarrillos hechos a mano y puede incluirse en comidas. Los jóvenes que pueden tener experiencias muy diferentes, según la potencia de la droga y la estatura, el sexo y el peso de la persona, pueden sentirse felices y creen que pueden hacer todo lo que se propongan. Algunas veces balbucean y se ríen más de lo común. Da mucha hambre o lo que se denomina “munchies” (sobre todo de dulces). El cigarrillo de cannabis contiene 50% más nicotina que los cigarrillos de alto contenido de nicotina, de modo que el uso periódico del cannabis aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y bronquitis crónica. El uso regular puede provocar dependencia psicológica. Es detectable de 1 – 3 días para usuarios casuales y hasta 30 días en usuarios crónicos posterior a suspensión del consumo. (2, 10)

La Cocaína, sus nombres comunes: Cocaína, crack, coke, C, charlie, nose candy, toot, bazooka, big C, cake, lady, stardust, coco, flake, mister coffee, blanche, koks, snow. Suele llamarse la “champaña de las drogas” en razón de su alto costo. Se prepara a partir de hojas de coca, que tienen un color verde amarillento de diferente tamaño y apariencia. La persona siente que su cuerpo funciona muy rápido. Presentan taquicardias y las “euforias” y “depresiones” son repentinas, dar una sensación de confianza excesiva y de mayor alerta con energía adicional. Dan lugar a una dependencia psicológica fuerte y pueden dar lugar a convulsiones, ataques de epilepsia, ataques de apoplejía, hemorragias cerebrales o infartos. Aproximadamente del 70% de la dosis puede ser recuperada en orina por un período de 1 – 3 días posterior a suspensión de consumo. (2,10)

Anfetaminas y metanfetaminas, sus nombres comunes: Speed, ice, browns, footballs, hearts, oranges, wake ups, black beauties, crystal meth, crack meth, cat, jeff amp, dexies,

rippers, bennies, browns, greenies. El “ice” es una variedad de anfetamina, similar al crack, se presenta en cristales y líquido incoloros. Son drogas artificiales, fáciles de obtener. Se presentan en polvo blanco o ligeramente marrón y pueden también tener la forma de una píldora. Pueden tragarse, inhalarse, inyectarse o fumarse. Pueden dar una sensación de confianza y alerta, dar mayor energía, reducir el apetito, dificultar el sueño y hacer que la persona hable más, ansiedad, irritabilidad y ataques de pánico. Dosis grandes pueden ser letales. La metanfetamina es metabolizada a anfetamina, siendo el metabolito activo principal y aparece en orina. Se pueden detectar 2 – 4 días posteriores a la suspensión de consumo.

(2,10)

Opiáceos, como la **Heroína** sus nombres comunes son: Hammer, horse, H, junk, nod, smack, skag, white, beige, white lady, white stuff, joy powder boy, hairy, harry, joy powder. Se obtiene de la morfina y proviene de la planta de la adormidera. Es también un analgésico y puede ser una de las sustancias más peligrosas para mezclar con otras drogas. Se presenta en forma de roca o polvo, por lo general es blanco o rosado/ marrón claro y en color marrón mediano/gris oscuro. Se inyecta, se fuma o se inhala. Este último método suele llamarse “la caza del dragón”. Cuando se inyecta, produce “euforia” que dura de 4 a 6 horas, con sensación de bienestar, alivio del dolor, rápida dependencia física y psicológica, algunas veces náusea y vómitos, falta de sueño, pérdida del equilibrio, pérdida de la concentración y pérdida del apetito. La Morfina es rápidamente absorbida, es metabolizada, solo 2 -12% se excreta en orina del 60 -80 % como metabolitos y 5-14 % en heces. Su vida media es de 1.7 – 4.5 horas. La Heroína es similar, se puede detectar 1 – 3 días posteriores a suspensión del consumo. Feciclidina (PCP). Se excreta en orina en (10% de la dosis). Detectada en orina por varios días o varias semanas. Pequeñas cantidades se excretan en saliva. Se detecta de 2 -7

días para uso casual y hasta 30 días para usuarios crónicos, posterior a suspensión del consumo. ^(2,10)

Éxtasis, sus nombres comunes: Éxtasis, adam, essence, MDM, MDMA, XTC, eve, MDE, MDEA. Droga sintética (o artificial), pertenece a los estimulantes, el uso más frecuente es en pastillas en fiestas con música “ácida”. Suele presentarse como una píldora de colores, algunas tienen imágenes, como palomas, conejos o botellas de champaña. Las personas se sienten felices, cálidas, amorosas y con más energía, produce un sentimiento de acercamiento emocional a otras personas, sentimientos de depresión y cansancio cuando se suspende su uso, náusea y vómitos, hipertensión y hasta la muerte debido a deshidratación. Puede ser administrada por vía intravenosa, oral o “aspirando” el polvo. Es detectada en orina a las 24 horas. ⁽²⁾

Inhalantes y disolventes, son productos químicos que se pueden inhalar, como pegamentos, gasolina, aerosoles, fluido de encendedores, etc. No son drogas y, se pueden obtener lícitamente en tiendas. Son usados indebidamente en los sectores más pobres de la sociedad, (jóvenes de la calle). Se presentan en botellas o tubos. El producto químico se coloca en el fondo de una taza o contenedor y luego sobre la nariz y la boca, otra forma consiste en empapar un pedazo de tela en inhalante, colocarla en una bolsa o saco, colocar la bolsa sobre la cara e inhalar los vapores. Produce una sensación de euforia y entumecimiento por un período corto, mareos, confusión y sensación de sopor progresiva, dolores de cabeza, náusea, desvanecimientos, desorientación y alucinaciones, daña pulmones, los riñones, y el hígado a largo plazo, convulsiones y estado de coma. ⁽²⁾ **Ácido Lisérgico (LSD)**, este se metaboliza rápidamente y solo una pequeña proporción de la dosis es excretada en orina hasta dos días post-consumo. ⁽²⁾

Benzodiacepinas, se excretan en orina como metabolitos, varía según el tipo, por ejemplo. Clordiacepóxido 5 – 10 horas, Diazepam 30 - 60 horas, flurazepam 2 - 3 horas, con uso crónico puede mantener concentraciones urinarias detectables por semanas o meses después de discontinuar su uso. ⁽¹⁰⁾

El curso de la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia varía según el tipo de sustancia, la vía de administración y otros factores. La intoxicación suele producirse en minutos u horas después de una dosis suficiente, y se mantiene o se intensifica con dosis repetidas. Normalmente, la intoxicación empieza a ceder cuando la concentración de la sustancia disminuye en la sangre o los tejidos, pero los signos y síntomas pueden remitir lentamente, durando en algunos casos horas o días después de que la sustancia no se detecta en los líquidos corporales. Pueden aparecer episodios relativamente breves y autolimitados (en particular durante períodos de estrés psicosocial como amenaza o imposición de sanciones legales o sociales, el descubrimiento de una complicación médica que amenaza la vida, problemas familiares, etc.) Durante los primeros 12 meses que siguen a la remisión, el sujeto es particularmente vulnerable a la recaída. Cuando están en un período de remisión se dicen a sí mismos que no tendrán ningún problema para regular el consumo de la sustancia y cada vez se vuelven menos estrictos en su autocontrol, hasta que recaen de nuevo en la dependencia. La presencia de trastornos mentales concomitantes (p. ej., trastornos de la personalidad, trastorno depresivo mayor, demencia etc.) aumenta con frecuencia el riesgo de complicaciones y de una mala evolución. Estas complicaciones de salud, tienen un impacto de gran trascendencia en la sociedad y en la familia, es por esto que el abordaje de la farmacodependencia debe de comenzar con el conocimiento de los factores de riesgo y de protección que condicionan el consumo o bien en su caso la evitación de este. ⁽⁸⁾

Primeramente **un factor de riesgo** se puede definir como toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad en el caso de revisión puede relacionarse a la adicción. El grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, se cuantifica con determinados parámetros que son: **Riesgo individual** que es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población con unas características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.; el **Riesgo relativo**: Es la relación entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos; **Riesgo atribuible**: Es parte del riesgo individual que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y no con otros; **Fracción etiológica del riesgo**: Es la proporción del riesgo total de un grupo, que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y del resto del mundo. Por lo tanto si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que enferme. Sin embargo, en las últimas décadas, un concepto nuevo cobra relevancia en el campo de la salud y la educación: el de los **factores protectores**.⁽¹¹⁾ Aunque algunos factores biológicos y genéticos juegan un papel importante en el abuso de drogas, también está claro que estos factores interactúan de manera compleja con elementos psicológicos, sociales y del entorno cercano para determinar si se evita el uso de sustancias.⁽¹²⁾

Los contextos sociales que favorecen el abuso de estas sustancias incluyen la influencia de compañeros mayores, quienes pueden ser consumidores habituales, y la participación en actividades grupales durante las que se consumen alcohol y otras drogas.⁽⁶⁾

Dentro de los factores de riesgo relacionados con el uso, uso nocivo y abuso de psicotrópicos y otras sustancias: historia familiar de alcoholismo y/o uso de psicotrópicos y/o de conducta antisocial; antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliares; familiares con escasas habilidades paternofiliales; amigos con uso de sustancias, escaso aprovechamiento

escolar; enajenación y rebeldía; psicopatología, depresión; alteraciones conductuales (vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad, castigo, etc.); desorganización estructural funcional en la comunidad; conducta antisocial; baja o nula religiosidad: confusión y pérdida de valores; uso de alcohol y experimentación con psicotrópico, a edades tempranas; conductas sexuales precoces.⁽¹²⁾

Los factores de riesgo pueden dividirse también en individuales e interpersonales (Hombre o mujer). El propio hecho de ser joven constituye un factor de riesgo — los jóvenes luchan constantemente por establecer sus identidades, están en un período en que se duda de uno mismo, de la capacidad para lograr cosas y de la capacidad para actuar. Es en esos momentos en que algunas personas tratan de “olvidarse del mundo” o de “ahogar las penas” mediante el uso indebido de diferentes sustancias. Las facultades personales no desarrolladas o subdesarrolladas, como la incapacidad para adoptar decisiones, para expresar lo que se siente, para imponerse, para resolver problemas, la baja autoestima, depresión, búsqueda de nuevas e intensas emociones, problemas de conducta, timidez, rebeldía, enajenamiento y bajo rendimiento escolar hasta el abandono de los estudios, la presión de los compañeros de grupo; fracaso en la educación primaria y secundaria; compañeros rechazados que abusan del alcohol y de otras sustancias que se dedican a actividades delictivas; y pandillerismo. Dentro de los factores familiares se observan uno o ambos padres sean usuarios de drogas, los adolescentes perciben que hay tolerancia, ambivalencia o permisividad hacia ellas. Así la falta de límites en la disciplina del hogar, convivencia familiar con patrones negativos de conducta, relaciones conflictivas, poco acercamiento entre los miembros de la familia, tensión causadas por divorcio, bajos ingresos, pérdida de algún integrante, falta de apoyo de la familia extensa, trastornos emocionales en

uno o ambos padres, problemas de pareja, rechazo de los padres a los hijos, problemas en el ejercicio de la disciplina y de otras habilidades parentales y el abuso físico o sexual.

La escuela representa un factor protector; pero en algunas circunstancias especiales puede convertirse en un factor de riesgo, como una escuela que no tenga una escala de valores adecuada (tolerancia hacia el pandillerismo) y, que tenga actitudes ambivalentes respecto a las drogas, ambiente escolar con pobre motivación y apoyo a los estudiantes; falta de un programa integral para resolver el fracaso académico. Los programas escolares que motivan a los alumnos y mejoran su rendimiento escolar y la adherencia a los programas académicos muestran efectividad para reducir los efectos negativos del uso de drogas. Dentro de los factores comunitarios, altos índices de delitos, la elevada densidad de la población, fácil disponibilidad de drogas, tolerancia al alcohol y al tabaco y la actitud ambivalente de la comunidad, falta de unión en los miembros de la comunidad, número insuficiente de instituciones sólidas y activas que apoyen a los adolescentes, problemas en el desarrollo de la integración de los jóvenes a la comunidad y falta de sentimientos de pertenencia a la misma; desigualdad económica y falta de oportunidades de empleo. ⁽¹³⁾

En las últimas décadas se ha insistido como factor protector la unión familiar, programas de escuela para padres, apoyo y orientación familiar y terapia familiar, ya que se ha relacionado con la reducción de los factores de riesgo. También se han identificado dentro de los factores de protección, los personales, donde se plantean actitudes personales bien desarrolladas para resolver situaciones difíciles, autoestima adecuada, así como la capacidad de analizar situaciones, adoptar decisiones rápidas, comunicarse con otras personas, relajarse, negociar y asumir compromisos, etc. ⁽²⁾

Los factores de protección ambientales, son las buenas relaciones personales, incluso con miembros de la familia y amigos, animales y cosas que alientan la necesidad de cuidar,

compartir y establecer lazos. Se pretende que asuman responsabilidades no solo por algo o por alguna persona sino también por sí mismo. Recursos adecuados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la persona, como escuelas, servicios de salud de fácil acceso para los jóvenes, centros sociales con actividades de recreación, instalaciones deportivas, oportunidades de empleo, etc. Normas culturales que desalienten el uso indebido de sustancias. Por ejemplo, en la India, tiene una larga tradición de abstinencia, el alcohol está prohibido y la comunidad en general no tolera la intoxicación. ⁽²⁾

También dentro de otros factores personales son la personalidad, carácter y autoestima. La autoestima o concepto del propio valor es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la autocomprensión y el autocontrol. Este concepto se desarrolla desde la infancia cuando se toma conciencia del aprecio o falta de aprecio que se recibe de parte del medio familiar, especialmente de parte de figuras tan significativas como las parentales. Implica tener confianza en la capacidad de compartir afecto sin distinciones, estar dispuestos a ser amados por nuestras virtudes, disposición y comprensión de las diferencias de los demás, sin dejar de lado nuestra singularidad. Esto es: tener buena opinión de uno mismo, tener confianza en nuestro valor como personas, tener una actitud positiva, estar satisfecho de uno mismo la mayor parte del tiempo, plantearse objetivos realistas. Proviene de dos fuentes principales: la comprobación de capacidad personal y el aprecio que se recibe de otras personas. "Valgo porque me siento capaz en lo que hago" y "Valgo porque me siento querido". ⁽¹⁴⁾

La familia, sin embargo, no es la única responsable de la autoestima de una persona. El éxito en el trabajo y la aceptación social en otros medios también son esenciales en el desarrollo y mantenimiento del respeto y valoración de sí mismo a lo largo de la vida. También influye en el desarrollo de una positiva autoestima el pensamiento positivo, es decir, el darle un

significado a la propia vida del que derive satisfacción y, por lo tanto, una mirada optimista al mundo y a las relaciones que redundan en una mejor capacidad de adaptación al medio, opuesta a la rigidez de la persona con baja autoestima que enfrenta la vida y las relaciones humanas con desconfianza y temor. Es relevante en el desarrollo individual y en el ámbito relacional, ya que es el marco de referencia desde el cual cada persona se proyecta en sus acciones, relaciones, conducta y comunicación. La persona que se valora positivamente también se percibe bien valorado por los demás, por lo que se acerca a sus relaciones sin temer descalificaciones, en una actitud más abierta, menos agresiva y menos defensiva, actitudes que ayudan a que las relaciones sean más armónicas y sin equivocadas interpretaciones provocadas por el temor a no ser del agrado de los demás. Virginia Satir, psicóloga experta en relaciones humanas y familia, es especialmente enfática en demostrar que tanto el valor que se asignan las personas a sí mismas como el desarrollo y mantenimiento de este sentimiento, dependen en gran medida del valor que les han asignado las personas cercanas, los miembros de la familia, lo que después se transfiere a otros terrenos relacionales. La autoestima está regulada por los mecanismos de apreciación y depreciación mutuas. Las personas con baja autoestima, al relacionarse cargan sus relaciones de interpretaciones negativas para sí mismos, con lo cual entran en dificultad a partir de su propia autoimagen más que de la realidad de la relación. ⁽¹⁵⁾

Según investigadores como Scheirer, Botvin, Griffin, y Díaz, 2001; Young Werch y Bakenna, 1989, creen que la autoestima está relacionada con el consumo de drogas, es decir un pobre autoconcepto y baja evaluación de la autoconfianza de uno se relacionan positivamente y, en consecuencia generan el consumo de sustancias. Estos autores mantienen que el consumo de sustancias es doloroso y perjudicial para la salud, solo aquellas personas con baja autoestima estarían dispuestas a ingerir tales sustancias. ⁽¹⁶⁾

Uno de los estudios clásicos acerca de la autoestima fue realizado por Coopersmith en 1967, en un trabajo que realizó aisló 4 factores altamente significativos para la autoestima; éstos son: La aceptación, preocupación y respeto recibidos por las personas, y la significación que ellos tuvieron y la historia de éxitos y la posición (status) que la persona tiene en la comunidad. Este inventario de Autoestima de Coopersmith corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima, fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959.⁽¹⁷⁾ Si bien se ha hablado sobre la relación que algunos autores indican respecto al papel de la familia, esto hace relevante puntualizar algunos conceptos al respecto, así puede definirse a la **familia** como el grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Se le puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales. Desde el enfoque de la teoría general de sistemas, éste sistema llamado familia a su vez se compone de subsistemas, donde se identifican al conyugal (papá y mamá), paterno-filial (padres e hijos) y fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), esto depende del contexto que se ubique y dicho entorno le da características, oportunidades y barreras en su desarrollo de manera muy diversa. Es por ello que para su estudio deben considerarse tres aspectos básicos: la estructura, funcionalidad y tipología de la familia. **La estructura familiar** puede definirse

como el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar, la cual contempla como elementos para su análisis: límites, centralidad. Para este análisis sobre la estructura de la familia es necesario el elemento denominado principio estructural en el que según Laslett, reside en el lazo conyugal, y este vínculo conyugal casi siempre está presente en las listas de personas que manejamos. Para que se integre una familia son necesarias por lo menos dos individuos relacionados por ese vínculo o que sean corresidentes a partir de ese vínculo.⁽¹⁷⁾ Con base a esto para establecer el tipo o clasificación de la familia algunos autores (Irigoyen, Torres, Wáter y Wetzel, De la Huerta, etc.) u organizaciones (OMS, Episcopado, Instituto Nacional de Geografía e Informática(INEGI), etc.), a partir de desagregar o analizar las posible combinaciones de parentesco, número de integrantes, aspectos demográficos, características del jefe de familia, etc. han propuesto varios tipos, por mencionar algunos tendríamos a la de INEGI en nuclear, ampliada, compuesta y extensa; de acuerdo a Torres en nuclear, nuclear completa y nuclear incompleta; conforme a Irigoyen en nuclear, extensa y extensa compuesta; de la **Revilla** que es la que se propone para ésta investigación, clasifica la familia haciendo referencia al parentesco en:

- Familia nuclear, formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convenientes en el mismo domicilio.
- Familiar Nuclear simple: Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
- Familia Nuclear numerosa: en la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.
- Familia nuclear ampliada: Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicios domésticos).

- Familia binuclear: Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
- Familiar extensa: Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones; suelen estar conformados por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.
- Familia monoparental: Está constituida por su solo cónyuge y sus hijos.
- Sin familia: En esta familia se contempla no solo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.
- Equivalentes familiares: Se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc. ⁽¹⁸⁾

Otro componente necesario en el estudio y comprensión de la familia, es la denominada **“funcionalidad,”** la cual se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Esto permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza multidimensional, en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar, no existen en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de la misma. Se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. Según Virginia Satir algunas características importantes para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo engloba en la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía,

entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los Límites, que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación, que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada, instrumental o afectiva. La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Si hablar entonces de funcionalidad alude al cumplimiento de las funciones básicas de la familia, estas tendrían que reconocerse, así la:

Función económica se cumple si los integrantes de la familia satisfacen las necesidades básicas materiales. Función educativa cuando algún miembro de la familia presenta comportamientos aceptados socialmente, que no transgreda las normas de convivencia social (delincuencia, agresión, etc.). Función afectiva. Se cumple si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia. Función reproductiva, si la pareja ha planificado su descendencia y se expresa ajuste sexual. ⁽²⁰⁾

Existe en la literatura un sin fin de instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, los cuales deben aplicarse con reserva ya que ninguno tiene una exactitud, sino que mide en un momento histórico que vive la familia y otros la percepción que sus integrantes tienen de la misma, puede mencionarse algunos como el APGAR familiar de Smilkstein, la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel, la Escala llamada **FAMILY ADAPTABILITY AND COHESIÓN EVALUATION SCALES (FASES)** en sus diferentes versiones. De ésta última permite además de una clasificación de la familia por las dimensiones de cohesión y adaptabilidad que mide, también puede ubicar al sistema familiar en la categoría de funcional

o disfuncional, esta última es la que utilizara en este estudio. La escala de FACES es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la clasificación de las familias de acuerdo a su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La influencia que ejercen los elementos psicológicos, sociales y económicos sobre el proceso salud-enfermedad en la familia. Esta identificación implica describir, interpretar e incluso predecir las interacciones existentes en el complejo sistema familiar considerando su estructura y funcionalidad. ⁽²¹⁾

La tercera versión de una serie de escalas de FACES desarrolladas para evaluar dos puntos: cohesión familiar y adaptabilidad familiar. Está diseñado para administrarse a padres a todos los estadios del ciclo vital familiar, padres con hijos adolescentes y parejas jóvenes sin hijos, hasta las familias en etapa de retiro. Las categorías fueron desarrolladas para que puedan ser entendidas por adolescentes aun por edades por debajo de los 12 años en forma ideal. Deberá ser aplicado a todos los miembros de la familia. Su validación es dada con Alpha de Chronbach de 0.62 a 0.77, o coeficiente de Spearman Brown de 0.971 la primera aplicación y 0.975 en la segunda. Y los rangos y signos de Wilcoxon probabilidad inferior a 0.05 en 17 reactivos. Este instrumento permite evaluar la **COHESIÓN**: esta se define como la unión familiar de los miembros de la familia tienen unos entre otros. Este evalúa el grado en el cual los miembros de la familia se encuentran separados o conectados de su propia familia. Esta puede ser no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada. Los dos valores intermedios o balanceados se han mencionados con semirelacionado y relacionado. La **ADAPTABILIDAD**: o cambio se define como la capacidad de una pareja o de un sistema familiar para cambiar su estructura potencial, sus roles de relación y las reglas de relación en respuesta al estrés que se desarrolla en una situación dada. Tiene que ver con la magnitud en el que el sistema familiar es flexible y capaz de adaptarse al cambio, que puede ser

rígida, estructurada, flexible y caótica. Los dos niveles intermedios fueron los considerados como balanceados y están denominados como estructurados y flexibles. Para cada dimensión los niveles de balanceo, es decir los dos niveles moderados de hipotetiza que sean los más viables de funcionalidad de la familia sana y las áreas extremas son vistos generalmente como las más problemáticas para las parejas y para las familias a lo largo del tiempo. ⁽²¹⁾

Paralelo a la modificación de la estructura, funcionalidad y dinámica que se da al interior de las familias, ha surgido desde hace varias décadas un fenómeno por demás grave, llamado **violencia intrafamiliar**, para empezar la OMS (2003) la define como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte.” Es una conducta que se aprende y se construye, es intencional, recurrente, forma parte del deseo de poder y sometimiento, con amplia tendencia a incrementarse si no se detiene a tiempo. “La diferencia entre maltrato y agresión la define su objetivo; mientras la agresión se define por la lesión que produce, el maltrato se describe con las palabras sometimiento, humillación, dominio, esclavitud.” La violencia no es un hecho natural, se aprende a través de la cultura, de las instituciones, de la influencia familiar, escolar, comunitaria, de los medios de difusión, donde se producen y reproducen relaciones violentas. En la familia se transmite de generación en generación, es decir, de padres a hijos. Este aprendizaje se refuerza de forma permanente, con la repetición regular de ciertas conductas. Se “normaliza” en la medida en que se acepta y forma parte de lo cotidiano. Es un problema que se presenta en todo el mundo y se da en todos los contextos donde se desenvuelven las personas, como la escuela, la calle, el trabajo y principalmente el hogar.

La violencia se presenta en todas las clases sociales, se puede manifestar de forma explícita, ya sea con un golpe o una descalificación, pero también de manera implícita, la cual no es evidente. De acuerdo con la OMS (2003), la violencia se divide en tres categorías generales según las características de quienes la ejercen: **Violencia autoinfligida (autoagresión)**. Es aquella que una persona ejerce sobre sí misma; considera el comportamiento suicida y las autolesiones, mientras que la **violencia interpersonal**. Se divide en dos subcategorías: A) Familiar y de pareja: casi siempre sucede en el hogar, contempla a menores y a personas mayores, b) Comunitaria: entre personas sin parentesco y que pueden conocerse o no y sucede por lo general fuera del hogar. La violencia juvenil, comprende violación o el ataque sexual por parte de extraños y hacia en instituciones como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y asilos para ancianos.

Violencia colectiva. Se divide en violencia social y se refiere a actos delictivos contra grupos u organizaciones, acciones terroristas, guerra y conflictos afines; así como económica, con ataques de grupos por fines de lucro.

La **violencia familiar** de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de Salud (1999), se define como “El acto u omisión único o repetitivo cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física– en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”. Puede suceder que en las familias haya “hijos consentidos”, lo que favorece la desigualdad e inequidad en contra de uno o más integrantes. Puede ser que se hagan diferencias marcadas con respecto a permisos, compensaciones, diversiones, etcétera. El abuso de poder en las relaciones familiares se repite porque los involucrados “no ven” su malestar, y “no ven que no ven”, debido a las creencias sociales que justifican y hacen posibles las prácticas violentas en las relaciones entre hombres y mujeres y entre

padres e hijos. Cada vez que se niega o minimiza la existencia de violencia, se refuerzan y admiten nuevos actos violentos. Los actos de violencia son cíclicos y recurrentes. La intención es dominar, someter y controlar. El agresor tiene falta de control de impulsos, inseguridad, inmadurez, necesidad de reconocimiento y afecto e incapacidad de resolver los conflictos asertivamente. Es un ejercicio de poder, ya sea para restablecer el dominio o perpetuar el control de una persona sobre otra, y la violencia se agrava cuando el agresor consume alcohol y otras drogas. ⁽²²⁾

Conforme a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), sostiene varias definiciones en las que encontramos: **Violencia física**, como...”cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas”. Todo acto de agresión intencional y repetitiva que se ejerce mediante golpes en diferentes partes del cuerpo, empujones, patadas, pellizcos, nalgadas, lesiones provocadas con las manos o con algún objeto o arma, cuya intención es controlar, someter, dominar y dañar a una persona. Puede ser cotidiana o cíclica, y transcurrir entre momentos de violencia física con periodos de calma. Se identifica por la presencia de magulladuras, heridas, quemaduras, moretones, fracturas, dislocaciones, cortes, lesiones internas, asfixia, etcétera, que en ocasiones puede provocar invalidez, suicidio u homicidio. Mientras que la **violencia psicológica** se define como “cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celos, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. Este tipo de violencia no es tan clara como la física, porque los diversos actos son percibidos

dependiendo de su contexto cultural; sin embargo, en cualquiera de sus formas afecta de manera importante, la autoestima de las personas que la sufren. Esto genera frustración, tristeza, inseguridad y autodevaluación. La desconfirmación es otra forma de violencia psicológica, y consiste en que además de restar validez a alguna afirmación o decisión de una persona, se ignora su presencia, se le niega la posibilidad de opinar, sin tomar en cuenta que existe. La mistificación como forma de violencia psicológica, es una manera discursiva de representación falsa; la intención es confundir, ofuscar, ocultar, encubrir lo que realmente está ocurriendo en la relación o en la familia.

La **violencia sexual** se define como: “Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. La OMS (2003) dice que es “todo acto o la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo“. Actos reiterados que pueden obligar a una persona a realizar prácticas sexuales no deseadas que causen dolor, vergüenza, culpa e incomodidad. Incluyendo uso de fuerza física, tentativas de obtener sexo bajo violencia, agresión a los órganos sexuales, acoso sexual incluyendo humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados considerando el matrimonio con menores, la prostitución forzada o comercialización de personas adultas o menores, aborto forzado, negación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual, y actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, tales como mutilación genital femenina e inspecciones para comprobar la virginidad.

La **violencia económica** la define como “Toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral”.

El Abandono, negligencia u omisión es considerada como otro tipo de violencia la cual según la Organización Panamericana de la Salud y la OMS (2003), “El maltrato o la vejación de menores, abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Ahora bien la violencia está estrechamente ligada con consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. De acuerdo con la Encuesta de la Opinión Pública sobre la Incidencia de Violencia en la Familia realizada en nueve ciudades del país durante 1995 por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, se reportó que la violencia física estaba presente en 81 por ciento de los hogares, seguida de la violencia emocional o psicológica (76 por ciento) y la violencia sexual (32 por ciento). Las conductas más comunes para ocasionar daño a las mujeres son los golpes, gritos e insultos, así como la violación. En la mayoría de los casos el agresor fue el hombre. ⁽²⁴⁾

De acuerdo con estudios realizados en los Centros de Integración Juvenil, se ha venido documentando que el abuso de alcohol y otras drogas está fuertemente relacionado con las dinámicas violentas propias de las sociedades contemporáneas. De igual modo, dentro de los microespacios familiares donde transcurre la cotidianidad de los consumidores de drogas se propician formas sutiles de exclusión y estilos de vida violentos. Se reconoce, pues, que

estos problemas no son excluyentes, por el contrario, se reporta que las familias organizan el conjunto de las vidas de sus miembros alrededor de ellos. Se reporta, por ejemplo, que en los casos estudiados, los episodios de embriaguez son un detonante de la violencia en casa, y que ésta contribuye al debilitamiento de los vínculos familiares, que a su vez se traduce en un deterioro de los recursos familiares, que de manera persistente incrementan sus condiciones de vulnerabilidad. Las familias que viven en situación de violencia, a su vez, generan el ambiente propicio para que los adolescentes inicien el consumo de drogas. La vulnerabilidad a la que están expuestos muchos niños y jóvenes en su hogar, al presenciar la violencia o al ser objeto de ella, se traduce en miedos y ansiedades, que constituyen un gran riesgo para que sean presa fácil de quienes los inducen a drogarse, prometiendo momentos de sensaciones placenteras que acabarán por generarles más miedos y ansiedades y hacerlos sentir personas de menor valía. Asimismo, se informa que estos problemas están signados por procesos de estigmatización y marginación social, que constituyen un medio poderoso para reafirmar el rechazo que resisten estas familias de parte de las instituciones totalitarias. A través de estos procesos de exclusión, separación, culpa y vergüenza se clausuran las posibilidades de que aquéllas busquen ayuda especializada a sus problemas o, en todo caso, lo hagan sólo a través de las formas espurias que estén a su alcance, alternativas que no ofrecen sino perpetuar la escisión de dos problemas sumamente intrincados. ⁽²³⁾.

Para poder evaluar el grado de violencia se puede utilizar el **Tamizaje de riesgo de Violencia Intrafamiliar**, elaborada en el año 2004 por el maestro en ciencias Héctor Cerezo Huerta. La primera versión constó de 10 ítems, los cuales fueron elaborados con la intención de discriminar los riesgos, más que la patología, con la característica de ser auto administrado. Se creó como resultado de la consulta dirigida a las víctimas de violencia que acudían al servicio en la Casa Amiga Centro de Crisis en Cd. Juárez, apoyándose en la

elaboración de instrumentos de tamizaje o screening sobre los eventos de riesgo más comunes en las víctimas de violencia intrafamiliar. La construcción fue tipo estructurada, cerrada, que requirió de varias pruebas pilotos realizadas en población general, con lo cual se reajusta la estructura y posteriormente es aplicado en una muestra de población clínica usuaria víctimas de violencia familiar que asistían a tratamiento al Centro, teniendo un total de diez ítems, utilizando una escala de respuesta tipo numérica del 1 al 10 y con ello pudo establecerse la intensidad o grado del riesgo, siendo representado por el valor creciente numérico el mayor grado de violencia; se tiene una confiabilidad del 89.9% del instrumento. La calificación máxima de puntos equivale entonces a 100 y con ello se realizaron los puntos de corte para cada categoría de riesgo. Con esto mismo se califica el tipo de violencia ya que el instrumento permite conforme a los ítems la identificación de 4 categorías o tipos de violencia siendo éstas: Física, psicológica, sexual, económica; manejando la limitación social como un rasgo de la violencia psicológica. ^(24,25) Tanto las cifras, como las consecuencias someramente descritas con antelación, obligan a revisar que se ha hecho al respecto, así la literatura indica que la prevención del consumo de drogas ha tomado, en los últimos años, preeminencia en la atención o asistencia a drogodependientes, que fue el objetivo claro de las primeras intervenciones públicas organizadas relacionadas con las drogas. Se han elaborado y aplicado multitud de “programas”, “proyectos”, “actuaciones preventivas”, “materiales”, etc. de una manera poco coordinada y sistematizada sin tener tampoco una clara justificación de la efectividad de dichas intervenciones. Según el Plan Nacional de Drogas se puede definir la **prevención** como “aquél entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas”. Es siempre tomar medidas o realizar actuaciones que eviten la aparición de problemas o de situaciones consideradas como problemáticas. Constituye parte de un proceso social y educativo en el

que interviene un importante número de personas ubicadas en múltiples situaciones de aplicación. La manera de responder institucionalmente a los problemas relacionados con el consumo de drogas, ha variado históricamente en función de los esquemas, teorías o modelos explicativos que los preceden, los patrones socioculturales de la sociedad que los aplica y con ello en una dimensión epistemológica, dependiendo también del sujeto que se construye (adicto/ consumidor/usuario de drogas) en el ejercicio del conocimiento científico y en la práctica médica psiquiátrica; es, en este sentido, una acción que actúa sobre la propia construcción. ⁽⁶⁾

Precisamente, en los últimos dos o tres años, esta situación ha empezado a cambiar por varios motivos: el incremento de la coordinación institucional (estatal, autonómica y de la propia Unión Europea), la aparición de programas de prevención estandarizados con evidencias teóricas y empíricas de efectividad, la creciente preocupación por la calidad y efectividad de las intervenciones preventivas y, como consecuencia, por la evaluación de las mismas, y por último, la creciente profesionalización de la prevención en drogodependencias

⁽²⁶⁾Una cuestión fundamental respecto al problema del consumo de SPA en el mundo, según Anicama (2001), es que no se han diseñado programas de prevención eficaces dado que se desconocen los factores psicosociales, tanto de riesgo como de protección, que se encuentran asociados al consumo, y si se considera en mayor detalle la postura de Kendler, Jacobson, Prescott y Neale (2003), la situación es aún más aguda, puesto que parece ser indispensable determinar si los factores relacionados con el consumo de una clase particular de SPA son específicos para éstas únicamente, o si son no-específicos en la medida en que predisponen al individuo para consumir o abusar de un amplio rango de estas sustancias. La identificación de factores de riesgo y de protección del consumo de drogas resulta fundamental de cara a implementar programas de prevención eficaces. ⁽²⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Históricamente ha sido difícil el abordaje de la farmacodependencia, empíricamente puede aludirse a la falta de denuncia, interés, vergüenza de los implicados o del grupo familiar, tolerancia, costumbre, cultura, en fin, podría enumerarse muchos factores, sin embargo es innegable que es un grave problema de Salud Pública en el ámbito Mundial y Nacional, infortunada y tardíamente valorado, muchas veces hasta que se expresan las consecuencias de la misma, para ello baste citar algunos hechos cronológicos y muy recientes.

Se realizó un estudio transversal en la población de usuarios derechohabiente del IMSS, en el año 2002, con el fin de medir la prevalencia de consumo problema de alcohol, a través del instrumento de medición AUDIT. Se incluyeron derechohabientes de las 36 delegaciones. En total se estudiaron 40 461 personas, hombres y mujeres en igual proporción. La prevalencia de consumo de alcohol fue e 12.8% en el ámbito nacional. El consumo osciló de 7.5% en la delegación Chiapas a 28.0%, en la delegación de Baja California Sur. La prevalencia de consumo riesgoso fue de 10.2%, mientras que la correspondiente al consumo dañino fue de 2.6%. El consumo de alcohol fue mayor en los hombres (22.2%), que en las mujeres (3.4%). Los hombres (17.2-18.2%) que las mujeres (2.7%) y un consumo dañino también mayor (4.5% vs. 0.7%). La prevalencia fue similar en los grupos de 20 a 49 años. En el grupo de 45 a 49 años uno de cada 15 individuos tiene un consumo dañino de alcohol. En uno de cada cuatro individuos el consumo de alcohol constituye un problema para la salud. En las mujeres el patrón de consumo es más homogéneo en los diferentes grupos de edad. ⁽²⁶⁾

En un estudio descriptivo de Llorens Aleixandre en Palma de Mallorca, España del 2004, se obtuvo aleatoriamente, una muestra de estudiantes en escuelas públicas en adolescentes entre los 13 y 19 años de edad, estudiando las características de personalidad como

predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se encontró que 43,7% fueron varones y 56,3% mujeres de una muestra de 1.378 participantes. El 37,7% habían consumido al menos una copa de bebidas destiladas (whisky, vodka, etc.) en la última semana, el 26% lo habían hecho de bebidas fermentadas (vino, cerveza, etc.), el 17,6% había consumido cigarrillos de cannabis y el 24,5% cigarrillos de tabaco. Se les preguntó por el consumo de otras drogas, tales como éxtasis, LSD y anfetaminas pero al aparecer una frecuencia de uso muy baja, alrededor del 1%. Si vemos lo que ocurre en función de las sustancias podemos señalar que: En consumidores de bebidas fermentadas, aparece como variable explicativa el hecho de estar satisfecho consigo mismo, que hace que hasta 46,4% tienen menos satisfacción.⁽¹⁷⁾

En el periodo de 2005 al 2006 por parte de la Secretaria de Salud, se llevó a cabo un análisis de la evolución de la epidemia del tabaquismo en México, se dispuso de información de la Encuesta de Adicciones 2002 que incluye datos de las áreas urbana y rural. En los resultados casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en área urbana son fumadores (10.1%), con una mayor prevalencia en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural, la prevalencia de fumadores menores de edad es menor (6.1%); se observa el mismo patrón de mayor consumo en los varones (11.3% en hombres contra 1% en mujeres). En cuanto a los fumadores adultos de 18 a 65 años de edad, la prevalencia es de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana. La prevalencia por sexo es de 45.3% en hombres y 18.4% en mujeres. En el área rural, 16.6% (2.2 millones) es fumador (32.3% de hombres y 4.2% de mujeres).⁽²⁷⁾

En los años 2003 y 2004 se realizó en Centros de Integración Juvenil en México, una investigación que abarcó menores entre 8 y 12 años de edad. Se observó que más de la mitad de los casos atendidos en dicho periodo (51%) se ubicaba alrededor de los 11 años de

edad; mientras que los de 10 años representaron 31%. Así vemos que el consumo de sustancias tóxicas se presenta cada día a menor edad. El 91% de los casos atendidos fueron del sexo masculino; 72 % asistía a la escuela, lo que desmitifica la “idea” errónea de que sólo los menores que se encuentran fuera del ámbito escolar son más vulnerables; 48% de ellos se encontraba cursando el cuarto ó quinto año de primaria. La mayoría de los casos presentaba diversos problemas de aprendizaje, como déficit de atención, bajo rendimiento escolar y reprobación, así como diferentes trastornos de conducta, en los cuales la impulsividad y la agresión son síntomas frecuentes. Igualmente, se encontró que 94% de estos niños padecía problemas familiares, como desintegración, violencia y maltrato (fundamentalmente de tipo psicológico o emocional). Esta alteración en la convivencia familiar se ve reflejada en la actitud de la familia ante las drogas, así 71% mostró un abierto rechazo al consumo, mientras que 23 % declaró una actitud de ambigüedad y 6 % lo veía “normal”. La droga más consumida, en 60 % de los casos, fueron los inhalantes, seguidos por el tabaco, alcohol y mariguana, observándose que 58.9% de los niño provenía de un nivel socioeconómico bajo y 36.8 % de un nivel medio bajo. ⁽¹²⁾

En un estudio realizado por Musitu, en España (2006), sobre Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes. Se obtuvo una muestra de 1039 adolescentes procedentes de dos muestras independientes. La primera constituida por 414 jóvenes (52% del sexo femenino) de 12-17 años (edad media 14.2 y desviación típica 1.31), estudiantes de centros educativos de la Comunidad de Castilla y León. La segunda conformada por 625 adolescentes (57% del sexo femenino) de 12-20 años (edad media 15.9 y desviación típica 2.15), estudiantes de centros educativos de la Comunidad Valenciana. En los primeros participantes, los coeficientes de relación entre los factores de funcionamiento familiar y consumo de sustancias indican, por un lado, una relación negativa y significativa

entre el funcionamiento familiar positivo y el consumo de sustancias y, por el otro, una relación positiva y significativa entre el funcionamiento familiar negativo y el consumo de sustancias. En la muestra dos, el factor de funcionamiento familiar positivo también presenta una relación negativa y significativa con el de consumo. El examen de los coeficientes de relación entre los factores en la primera muestra indica, por un lado, que el factor de funcionamiento familiar positivo se relaciona positiva y significativamente tanto con la autoestima de protección como con la autoestima de riesgo ($\beta= 0.32$, $p< 0.01$), y que el funcionamiento familiar negativo únicamente se relaciona significativamente con la autoestima de protección de sustancias. ⁽¹⁶⁾ En México no se encontró en la literatura revisada estudios semejantes al respecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Internacional o nacionalmente las cifras respecto al uso y abuso de drogas son cada vez más alarmantes, en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (2003), poco más de 3.5 millones habían hecho uso de drogas ilícitas. El 5.6% (2.9 millones) fueron hombres entre 18 a 34 años, en zonas urbanas. El informe sobre el consumo de drogas de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) del 2006, registraron una demanda de consulta con una relación 5.3:1 hombre-mujer respectivamente. La farmacodependencia o drogadicción se ha relacionado con factores de riesgo en lo social (oferta de drogas por compañeros, marginación, influencia cultural, problemas económicos, etc.); individual (autoestima, carácter, etc.); familiar (desintegración familiar); y la violencia familiar (física, sexual, psicológica, económica, abandono, etc.), los cuales pudieran favorecer la conducta adictiva. Aunque no existe algún factor determinante para explicar el uso o abuso de sustancias ilícitas o lícitas, lo que obliga a la búsqueda de todos ellos, no solo para tratar de explicar la problemática del farmacodependiente, sino para su prevención, manejo y/o evitar complicaciones inherentes a la adicción. En el IMSS (2009), se reportó 13 mil consultas en MF por trastornos mentales asociados al consumo de sustancias lícitas (alcohol). La demanda por abuso de sustancias psicoactivas fue un total de 2 mil en MF y 400 en especialidad, 100 en urgencias, llama la atención que se registran un promedio de dos visitas, con lo cual no parece razonable sea resolutivo del problema de fondo, o bien que frecuentemente pierde la continuidad y por lo tanto la posibilidad de recuperación y reintegración familiar y social.

JUSTIFICACION

El IMSS, desde 1999, en unidades de medicina familiar (UMF), ha implementado acciones encaminadas a la atención preventiva y de rehabilitación de grupos de farmacodependencia, a través de estrategias educativas y orientación en colaboración con los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y Alcohólicos Anónimos (AA). En la UMF 94 en el primer semestre del 2010,⁽²⁸⁾ se registraron 100 consultas por trastornos psiquiátricos secundario a abuso de sustancias no especificadas, de ellos se enviaron a manejo psiquiátrico pero solo se tiene evidencia de ocho, manejados por el Psiquiatra Bernardo Atilano, que a la par de recibir el manejo médico institucional fueron canalizados al CIJ, aunque no hay registro específico de su integración a dicho centro por la autonomía con que éste trabaja. A pesar de ello en la práctica médica en las unidades médicas de primer nivel, se observa con mayor frecuencia el incremento de demanda asistencial por éste motivo.

Lo anterior evidencia claramente la necesidad de realizar un análisis individual, familiar y social de dicha población, para sustentar de forma más definida estos elementos como factor de riesgo para la adicción y con ello orientar un abordaje psicofamiliar con enfoque anticipatorio, de seguimiento y no solamente de rehabilitación como actualmente se otorga, considerando que se cuenta con el profesional médico e infraestructura para ello es por lo que se propuso este trabajo, cuidando el apego a la ética y políticas institucionales, por lo que surge la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Es diferente el nivel de violencia intrafamiliar, la funcionalidad familiar y autoestima entre adultos consumidores o adictos a sustancias lícitas e ilícitas?

OBJETIVO GENERAL

- Comparar el nivel de autoestima, funcionalidad y violencia intrafamiliar del adulto con consumo o adicción a sustancias lícitas e ilícitas, atendido en una unidad de primer nivel.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de autoestima, funcionalidad y violencia intrafamiliar del adulto joven con consumo o adicción a sustancias lícitas e ilícitas.
- Identificar la tipología familiar del adulto joven con consumo o adicción a sustancias lícitas e ilícitas.

HIPOTESIS

Los sujetos con violencia intrafamiliar inminente-grave, autoestima baja y disfunción familiar presentan consumo o adicción sustancias ilícitas en comparación a aquellos con violencia moderada-mínima, autoestima media-alta y funcionalidad moderada-alta que son consumidores o adictos a las lícitas.

IDENTIFICACION DE VARIABLES (VER ANEXO 1)

Variable Independiente:

Violencia intrafamiliar

Funcionalidad familiar

Autoestima

Variable Dependiente:

Consumo o Adicción a sustancias lícitas e ilícitas

Variables Universales:

Edad.

Sexo.

Estado civil.

Escolaridad.

Ocupación.

Variable interviniente:

Tipología familiar.

DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional analítico, transversal, ambilectivo y comparativo.

METODOLOGÍA

UNIVERSO DE TRABAJO:

Adultos derechohabientes del IMSS

POBLACIÓN

Adultos derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS

MUESTRA

Adultos derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS, con consumo o adicción a sustancia lícita o ilícita.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

Considerando una población adulta de 18-62 años de edad de 90 mil derechohabientes de la UMF. 94, con un 4% como referente de exposición a sustancias ilícitas (marihuana) y un 18.5% de lícitas (alcohol), manteniendo una relación 1:5 (ilícitas-lícitas) y con un:

- Nivel de confianza 95%(valor α)
- Poder de muestra 80%(valor β), y 20% de pérdidas
- Con 455 participantes (sustancias lícitas 376 e ilícitas 79).

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por casos tipo.

CRITERIOS DE SELECCION DE LA MUESTRA

INCLUSION

1. Derecho-habientes de la UMF. 94 del IMSS con adicción a sustancias lícitas o ilícitas según los criterios del DSM-IV.
2. Edad de 18 a 67 años.
3. Cualquier sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno de adscripción.
4. Con convivencia mínima con un familiar.
5. Que hayan aceptado participar bajo consentimiento informado.
6. Que hayan respondido de forma completa los instrumentos de recolección de información.
7. Sin ceguera que le impidiera contestar los instrumentos.

NO INCLUSION.

1. Con antecedente de intento suicida expresado por el participante.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- No aplica.

PROCEDIMIENTO DE INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA.

Se realizó a través de dos mecanismos, el primero en la sala de espera de la unidad médica de estudio en días y horas hábiles, a través de interrogatorio directo personalizado y con la mayor discreción, a los posibles candidatos se les realizó dos preguntas iniciales: *¿Consumen alguna sustancias? y ¿cuál?*, con esto se asignaron al grupo de lícita o ilícita. El segundo mecanismo fue dado con el grupo del investigador asociado (Psiquiatra Dr. Cruz) el cual maneja pacientes pertenecientes a la UMF94, estos fueron invitados a participar en ésta investigación, y se les aplicó las mismas interrogantes. A todos se les informó objetivo del estudio y forma de participación. En aquellos aceptantes se corroboró criterios de selección y se rubricó consentimiento informado.

DESCRIPCION Y VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

El inventario de Autoestima de Coopersmith (anexo 4), corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. El cual consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas. Tiene 8 reactivos los cuales: 1, 4, 5, 8, 14, 19, y 20, dando valor de 2 a las respuestas afirmativas (Sí) y 1 a las negativas (No); y tiene 17 reactivos inversos, en las cuales corresponden a No y 1 a Sí, los cuales son: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13,15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 24. La calificación total de la prueba, se obtiene de la suma de todos los reactivos calificados. Cuenta con un alfa de Chronbach de 0.81. Las dimensiones que abarca son: Significación (el grado en que se sienten amados y aceptados por las personas que les son importantes); Competencia (el grado en que se sienten capaces d desempeñar tareas); Virtud (la capacidad de alcanzar valores morales y éticos); Poder (Habilidad de ejercer influencia en la propia vida y en la de los demás, teniendo, en la medida de lo posible, control de lo que ocurre en el medio ambiente y el propio medio interno). La máxima puntuación que una

persona podría alcanzar sería de 25 puntos y la mínima de 0 puntos. Esta prueba consta de una clave de corrección en donde el puntaje alcanzado se traducirá en el nivel de autoestima.

En la siguiente tabla se muestra la correspondencia de sus ítems, correspondientes se muestran la siguiente tabla:

Dimensión	Ítems
Significación	3, 5, 8, 9, 12, 14, 14, 16, 18, 20 21, 22, 25
Competencia	2, 4, 7, 10, 11, 13, 17, 23.
Virtud	15, 24.
Poder	1, 6, 19.

Clave de corrección de la Escala de autoestima de Coopersmith: Puntúa con 1 punto y con ello se establece el nivel de autoestima, de acuerdo a la siguiente escala:

Puntaje	Nivel de autoestima
0 a 9	Significativamente baja
10 a 14	Media baja
15 a 16	Media
17 a 21	Media alta
22 a 25	Significativamente alta

Escala de FACES (anexo 5), se define como FAMILY ADAPTABILITY AND COHESIÓN EVALUATION SCALES. Es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la clasificación de las familias de acuerdo a su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La influencia que ejercen los elementos psicológicos, sociales y psicológicos, sociales y económicos sobre el proceso salud-enfermedad en la familia. Esta identificación implica describir, interpretar e incluso predecir las interacciones existentes en el complejo sistema familiar considerando su estructura y funcionalidad. Procedimiento para su aplicación: Se solicitara que responda el cuestionario,

de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del mismo, considerando cada aseveración en relación con su familia. Es importante aclarar, que se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que se considera que su familia reacciona en forma habitual. No debe contestar de acuerdo a la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona seleccionada lo haga por sí misma. No obstante podrá aclarar las dudas que surjan en relación con el significado de palabras, evitando sugerir respuestas.

La calificación de Cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en las categorías de ítems noes, en tanto la adaptabilidad corresponde a la de los pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en las siguientes tablas, con la cual se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente.

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10-34
Semirelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Se identificaron 16 diferentes tipos de sistemas familiares y conyugales combinando los 4 niveles de cohesión y de adaptabilidad 4 de estos 16 tipos son moderados tanto en cohesión, como en adaptabilidad y son los llamados balanceados, 8 tipos son extremos en una dimensión o sea los de tipo rango medio y 4 tipos son extremos en ambas dimensiones. Se ha relacionado como familias con alta satisfacción o funcionalidad las balanceadas, moderadamente funcional las de rango medio y funcional las extremas.

Cohesión / Adaptabilidad	No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
Caótica	Caóticamente*** disgregada	Caóticamente semirelacionada**	Caóticamente relacionada**	Caóticamente aglutinada***
flexible	Flexible disgregada**	Flexiblemente semirelacionada*	Flexiblemente relacionada.*	Flexiblemente aglutinada**
Estructurada	Estructuralmente disgregada**	Estructuralmente semirelacionada*	Estructuralmente relacionada*	Estructuralmente aglutinada**
rígida	Rígidamente disgregada***	Rígidamente semirelacionada**	Rígidamente relacionada**	Rígidamente aglutinada***

*Balanceadas o funcionales ** Rango medio = moderadamente funcional *** Extrema= Disfunción

Por lo que este instrumento nos permite evaluar como los miembros de una familia, ven actualmente a su propia familia, es decir la percepción y cómo es que le gustaría verla, es decir el ideal. Para saber el nivel de satisfacción familiar tiene dentro del sistema familiar actual. Se debe de hacer en tantos miembros de la familia como sea posible con el propósito de capturar la complejidad de un sistema familiar. Esto es debido a que los miembros de la familia no ven a su propio sistema familiar de la misma manera.

Cuestionario de Tamizaje de riesgo de Violencia Intrafamiliar (anexo 6), teniendo un total de diez ítems, utilizando una escala de respuesta tipo numérica del 1 al 10 y con ello se establece la intensidad o grado del riesgo, siendo representado por el valor creciente numérico el mayor grado de violencia; La calificación máxima de puntos equivale entonces a 100 y con ello se realizaron los puntos de corte para cada categoría de riesgo. Con esto mismo se califica el tipo de violencia ya que el instrumento permite conforme a los ítems la identificación de 4 categorías o tipos de violencia siendo éstas: Física, psicológica, sexual, económica; manejando la limitación social como un rasgo de la violencia psicológica.

Para poder establecer el tipo de riesgo se consideraron que en cada pregunta se obtuviera una calificación igual o mayor al valor cinco, para considerarse positivo en cada categoría, así para la exploración y clasificación de cada una, la distribución de ítems fueron:

Tipo de violencia	Ítems
Violencia física	1,3,4,6
Violencia física y psicológica	2,3,7,8,9,10
Violencia sexual	4
Violencia económica	5

Además el instrumento marca “casos especiales”, con la identificación positiva de los ítems no “1, 3 y 7”, los cuales determinan la violencia inminente y dichos sujetos deben ser canalizados de manera urgente a un Centro de Atención a Víctimas de violencia familiar. De acuerdo a esto la distribución para clasificar el grado de violencia se conformó por el puntaje mostrado en la siguiente tabla:

Por lo que cuando nosotros nos valemos de estos instrumentos aunque existen otros, nosotros podremos conocer el grado de funcionalidad de la familia y así incidir sobre ella y dar una adecuada terapia si es que se necesita. Siendo fáciles de realizar por personas de

cualquier edad (hay excepciones) y nos dará un panorama general de la concepción del individuo de su propia familia, y también la de cada uno de la familia, que generalmente son muy diferentes entre la propia familia, por lo que realizarla junto con el genograma nos dará una visión más amplia de la familia que se está estudiando y poder dar un tratamiento adecuado o bien actuar mediante medidas preventivas.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Primer año de la residencia

1. Adquirió los conocimientos en Investigación biomédica, por medio de un seminario de Investigación I y Estadística I.
2. Seleccionó el tema de investigación.
3. Busco referencias bibliográficas sobre farmacodependencia.
4. Elaboró el proyecto de investigación, conforme la metodología de investigación revisada.

Segundo año de la residencia

1. Entregó el Proyecto de investigación al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) de la UMF 94 para revisión. Realizó las modificaciones de acuerdo a las observaciones del CLIS.
2. Entregó el proyecto al CLIS para solicitar valoración de aprobación y registro.
3. Recolectó datos en trabajo de campo, vaciado de los datos y manejo estadístico con apoyo en el programa estadístico SPSS V16

Tercer año de la residencia

1. Elaboró cuadros y gráficos para resultados.
2. Redactó análisis y conclusiones.
3. Presentó para la aprobación ante el CLIS como trabajo final.
4. Elaboró el informe final de tesis.
5. Adquirió conocimientos para la elaboración del escrito médico.
6. Elaboró el escrito médico.

Se difundió el trabajo a través de sesión con personal residente, jornadas y/o envío a publicación en revista indexada.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Ver anexo 7)

DESCRIPCION DE LA MANIOBRA DE RECOLECCION DE LOS DATOS.

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación no. 3515-2010-16 de UMF No. 94, se procedió a la integración de la muestra conforme lo descrito en el apartado correspondiente. En aquellos aceptantes a participar en el estudio y que cubrieron los criterios de selección (de acuerdo al DSM-IV, mismos que servirán para determinar la categoría de adicción), se les ratificó el objetivo del estudio y la forma de participación, se les entregó hoja de consentimiento informado (anexo 2) para ser firmada. Posterior a ello en el consultorio y con mayor privacidad se procedió a la entrega personalizada de los instrumentos propuestos de recolección de datos, como auto-aplicación, durante su llenado el investigador aclaró dudas que surgieron.

El orden de entrega se encuentra en el anexo 4 (Autoestima), anexo 5 (FASES III) y anexo 6 (Tamiz de Violencia intrafamiliar). En el caso en el que acudieron con familiar se entregó previa invitación verbal a participar a contestar el instrumento de FASES III para su llenado, en aquellos sin familiar se les pidió la entrega al familiar(es) con el(los) cual(es) convivieran y se les recordó la entrega del cuestionario con cita previa. La interpretación de cada uno de los instrumentos se dio de manera personal al participante inmediato al término de su aplicación y calificación. En aquellos que se requirió la cita para entrega diferida el cuestionario FASES III, se les indicó igualmente al momento de entrega la calificación obtenida y se consensuó una cita en la misma unidad médica.

Posterior a la información recibida, y en aquellos casos que se requiera manejo o en los que lo solicitaron fueron canalizados con sus médicos y al investigador asociado (Dr. Bernardo Cruz Atilano) quien se comprometió a integrarlos al grupo de terapia que lleva en el HGZ 29. Cada instrumento fue reconocido por medio del folio progresivo previamente asignado, el cual fue el mismo para los cinco instrumentos entregados a cada paciente (consentimiento, hoja de datos, autoestima, FASES III y Tamizaje de riesgo de violencia)

El vaciado de los datos se realizó en una hoja de cálculo expofeso para ello (anexo 8), el cual tuvo un numero progresivo, nombre o pseudónimo del participante, numero de filiación, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tipo sustancia de adicción, tipo de familia, nivel de autoestima, nivel de funcionalidad y nivel de violencia familiar.

Para el manejo de los datos se apoyó en el programa estadístico SPSS V 16, y la presentación se realizó en cuadros y figuras.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con la utilización del programa SPSS V.16.0, se realizó la determinación de medidas de tendencia central para variables universales.

Para el manejo de variables universales se realizó la estadística descriptiva con determinación de porcentajes, media y desviación estándar conforme a la escala de las variables.

Como prueba de hipótesis se determinó Coeficiente de correlación de Cramer (V) y ji cuadrada (género y nivel de adicción) con una $p < 0.05$

RECURSOS

Humanos: Investigadores: Dra. Bautista Samperio L., Dr. Cruz Atilano Bernardo y residente de medicina familiar Torres Cruz Rubí Verónica.

Materiales: Artículos de oficina y papelería, como son hojas, pluma, lápiz, computadora, impresora.

Físicos: Instalaciones de la UMF No. 94 del IMSS, oficina del investigador.

Tecnológicos: Equipo de Cómputo con programas compatibles para Microsoft-Excel, Microsoft-Word, SPSS, unidad de almacenamiento de información de 1 giga byte para computadora.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectó como sesión médica de la unidad y se envió a publicación en revista médica indexada.

CONSIDERACIONES ETICAS

El trabajo de investigación se ajusta a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, reglamento del IMSS, Declaración de Helsinki en su ultima revisión en Torio y apegados a los siguientes principios de ética como:

Respeto por las personas y a la autonomía de cada participante, a través del consentimiento informado (Articulo 13,17,20 y 22), especificando objetivo, riesgos, beneficios e inconvenientes, así como garantizando la confidencialidad de los datos al participante, los cuales se recabarán a través de instrumentos validados y de auto aplicación, con retroinformación de los mismos de manera personalizada por el investigador, con el beneficio de saber de manera directa los resultados y la posibilidad de referencia con el investigador psiquiatra asociado o con su médico tratante.

La justicia será aplicando la selección de los participante, teniendo todos la misma oportunidad de integrarse a la investigación, a través de una selección sin sesgos o favoritismos, al igual que la permanencia en el mismo, manteniendo la libertad de retirarse sin perjuicio de sus derechos por la derechohabiencia.

Este estudio es considerado una investigación con riesgo mínimo, ya que la intervención va a consistir en aplicar el instrumento para recabar los datos de interés para la investigación.

RESULTADOS

RESULTADOS

En la investigación se reporto un total de 455 participantes de los cuales 376 correspondieron a sustancias lícitas y 79 de ilícitas. El comportamiento de los datos socio-demográficos de manera independiente y comparativa entre grupos mostró para edad (Cuadro 1) un rango de 18 a 67 años, igualmente el intervalo con mayor frecuencia en ambos grupos fue de 18 a 27 años, siendo en el grupo de sustancias lícitas (Grupo A) de 165 (43.8%) con una media de 25.4 ± 5 años; en tanto que el de sustancias ilícitas (Grupo B) reportaron el mismo intervalo a de 18 a 27 con una frecuencia de 36 (45.5%) con una media de 21 ± 5 años.

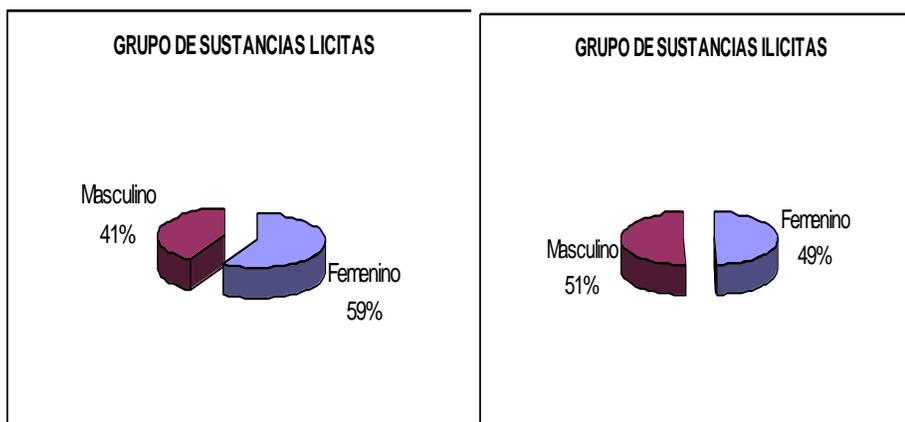
Cuadro 1. Distribución por género entre sustancias lícitas e ilícitas.

PARAMETRO/GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EDAD	18 a 27	165	43.8	36	45.5
	28 a 37	135	35.6	28	35.4
	38 a 47	48	12.7	9	11.3
	48 a 57	26	6.91	5	6.3
	58 a 67	2	0.53	1	1.2
Total		376	100	79	100

Fuente: Encuesta a participantes de la UMF. 94 IMSS. Año 2011.

Respecto a la distribución por género (Figura1), en relación al consumo de sustancias lícitas las de mayor frecuencia fueron las mujeres en 222(59%), en tanto en el grupo de sustancias ilícitas fueron los hombres con 40 (50.7%), coeficiente de correlación de Cramer de 0.77

Figura 1. Distribución de consumo de sustancias por género.



Fuente: Encuesta a participantes de la UMF. 94. Año 2011

La distribución de acuerdo a la escolaridad (Cuadro 2), mostró en ambos grupos su mayor frecuencia en el nivel de profesional, con 139 (37%) y 29 (36.7%) a sustancias lícitas e ilícitas respectivamente. Coeficiente correlación de Cramer 0.85

Cuadro 2. Distribución de escolaridad y pertenencia a grupos.

PARAMETRO/GRUPO		SUSTANCIAS LICITAS		SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ESCOLARIDAD	Lecto-Escritura	3	0.7	0	0
	Primaria	24	6.4	9	11.4
	Secundaria	94	25	24	30.4
	Bachillerato	116	30.9	17	21.5
	Profesional	139	37	29	36.7
Total		376	100	79	100

Fuente: Encuesta a participantes de la UMF. 94. IMSS. Año 2011

Los datos de ocupación en ambos grupos (Cuadro 3), muestra que el ser estudiante reportó la mayor frecuencia, así para sustancias lícitas fue de 87(23.2%), seguida de ama de casa en 82 (21.8%); en tanto en el de sustancias ilícitas de 22 (27.8%), seguida también del de ama de casa en 20(25.4%). Coeficiente correlación de Cramer 0.71.

Cuadro 3. Ocupación conforme al grupo de pertenencia.

PARAMETRO/GRUPO		SUSTANCIAS LICITAS		SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
OCUPACIÓN	Ama de casa	82	21.8	20	25.4
	Empleado	70	18.7	9	11.4
	Comerciante	28	7.5	7	8.8
	Estudiante	87	23.2	22	27.8
	Obrero	53	14	11	13.9
	Profesionista	56	14.8	10	12.7
Total		376	100	79	100

Fuente: Encuesta a participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011

En relación a la distribución por estado civil (Cuadro 4), conforme al grupo de sustancias lícitas reporta el ser soltero en 202 (53.7%); y en el de sustancias ilícitas igualmente ser solteros lo reportaron 41(51.8%) de los participantes. Coeficiente correlación de Cramer 0.99

Cuadro 4 Distribución del estado civil conforme el grupo de sustancias.

PARAMETRO/GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ESTADO CIVIL	Casado	172	45.7	38	48.2
	Soltero	202	53.7	41	51.8
	Viudo	2	0.6	0	0
Total		376	100	79	100

Fuente: Encuesta a participantes de la UMF. 94. IMSS. Año 2011

En relación al tipo de sustancias, la distribución por sexo mostró (Cuadro 5), que en el grupo denominado de lícitas el tabaco fue mayor en mujeres 108(28.7%), en tanto el alcohol se registró en hombres 112(29.8%), en tanto en las sustancias ilícitas la mayor frecuencia se reporta en la marihuana en ambos sexos con 31(39.3%). Coeficiente correlación de Cramer 0.92

Cuadro 5. Distribución por género a sustancias lícitas e ilícitas.

GRUPO/PARAMETRO		GENERO			
		FEMENINO		MASCULINO	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SUSTANCIAS LICITAS	Tabaco	108	28.7	66	17.6
	Alcohol	90	23.9	112	29.8
SUSTANCIAS ILICITAS	Marihuana	31	39.3	31	39.3
	Cocaína	4	5	7	8.8
	Inhalantes	4	5	2	2.6

Fuente: Encuesta a participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011

Respecto a los datos relacionados con la variable sobre el consumo o adicción a las sustancias (Cuadro 6), mostró en ambos grupos la mayor frecuencia en la categoría de abuso, así en el de sustancias lícitas fueron 306 (81.4%), seguido de dependencia en 70 (18.6%); en tanto en el grupo de sustancias ilícitas igualmente la frecuencia más elevada fue en categoría de abuso en 67(84.8%), seguida de dependencia en 12(15.2%). Con ji cuadrada de 2.35 y una p de 0.10

Cuadro 6. Categoría de la adicción conforme al grupo de sustancias.

PARAMETRO/GRUPO	GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Consumo o abuso de sustancias	306	81.4	67	84.8
Adicción (Farmacodependencia)	70	18.6	12	15.2
TOTAL	376	100	79	100

Ji con 2.35 p 0.10.

Fuente: Encuesta a participantes de UMF. 94. Año 2011

El reporte de comportamiento de autoestima (Cuadro 7), muestra datos para el grupo de sustancias lícitas que en 114(30.4%) el nivel fue de media alta y 94 (25%) en significativamente alta; en comparación con el grupo de sustancias ilícitas con categoría de significativamente alta en 21(26%), seguida de media baja en 19(24%) Coeficiente correlación de Cramer 0.49

Cuadro 7. Nivel de autoestima y grupo de sustancias.

PARAMETRO/GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
AUTOESTIMA	Media	48	12.8	7	8.8
	Media Alta	114	30.4	18	22.7
	Media Baja	67	17.8	19	24
	Significativa-mente Alta	94	25	21	26.5
	Significativa-mente Baja	53	14	14	17.7
Total		376	100	79	100

Fuente: Cuestionario de Coopersmith con participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011

Los datos del nivel de funcionalidad familiar (Cuadro 8), mostró en ambos grupos que la mayor frecuencia se registro en la categoría de moderadamente funcional, así para lícitas fue en 173(46%) y para ilícitas en 39(49.4%) Coeficiente correlación de Cramer 0.67

Cuadro 8 Funcionalidad familiar conforme al grupo de sustancias.

PARAMETRO/GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Funcional	130	34.5	20	25.3
	Disfuncional	73	19.5	20	25.3
	Moderadamente funcional	173	46	39	49.4
Total		376	100	79	100

Fuente: Cuestionario de FASES III. Participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011.

La evaluación de la Violencia Intrafamiliar (Cuadro 9), tanto para el grupo de sustancias lícitas con 332(88.3%), como en el de ilícitas 68(86%), encontrarse en categoría de mínima violencia. Coeficiente correlación de Cramer 0.99.

Cuadro 9 Nivel de violencia intrafamiliar

PARAMETRO/GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
VIOLENCIA FAMILIAR	Mínima	332	88.3	68	86
	Moderada	33	8.8	5	6.4
	Inminente	4	1	4	5
	Grave	7	1.9	2	2.6
Total		376	100	79	100

Fuente: Cuestionario de Tamizaje de Violencia Familiar. UMF. 94. IMSS. Año 2011.

En relación a la clasificación de la tipología familiar (Cuadro 10), en el grupo de sustancias lícitas predominó la Nuclear simple en 219(58.2%), en comparación con el grupo de ilícitas con 41(51.8%) en la misma tipología de nuclear simple. Coeficiente correlación de Cramer 0.97

Cuadro 10. Tipología familiar.

PARAMETRO/GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS		GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
TIPO DE FAMILIA	<i>Nuclear Simple</i>	219	58.2	41	51.8
	Nuclear numerosa	14	3.8	1	1.3
	Nuclear ampliada	32	8.6	6	7.6
	Extensa	83	22	19	24.1
	Monoparental	9	2.4	4	5.2
	Sin familia	19	5	8	10
Total		379	100	79	100

Fuente: Clasificación de De la Revilla. Participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011.

Al comparar la autoestima con el grado de adicción a sustancias (Cuadro 11) se observa que en grupo de sustancias lícitas con autoestima significativamente se encontró la mayor frecuencia de consumidores con 92(24.4%) y con adicción en 22(5.8%). En tanto en el grupo de ilícitas reporto una autoestima significativamente alta en consumo 17(21.6%) y con adicción en 4 (5%). La determinación de correlación entre la autoestima y el nivel de adicción mostró (cuadro 11), los siguientes datos entre consumo y adicción en el grupo de sustancias lícitas con un coeficiente de correlación de Cramer (V) de 0.55; entre consumo y adicción a sustancias ilícitas una V 0.30; en comparación de las sustancias lícitas e ilícitas el consumo marca una correlación de V 0.40 y con respecto a la adicción entre estas mismas sustancias se registro un valor de V de 0.05

Cuadro 11 Autoestima con categoría de consumo y adicción

PARAMETRO/ GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS				GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS			
		Consumo		Adicción		Consumo		Adicción	
A U T O E S T I M A		Frecuen- cia	%	Frecuen- cia	%	Frecuen- cia	%	Frecuen- cia	%
	Media	43	11.4	5	1.4	6	7.5	1	1.2
	Media Alta	92	24.4	22	5.8	16	20.2	2	2.6
	Media Baja	49	13.0	18	4.8	17	21.6	2	2.6
	Significati- vamente Alta	79	21	15	3.9	17	21.7	4	5
	Significativa mente Baja	43	11.6	10	2.7	11	13.9	3	3.7
	TOTAL		306	81.4	70	18.6	67	84.9	12

Fuente: Cuestionario de Coopersmith con participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011.

La comparación entre la funcionalidad familiar con el grado de adicción a sustancias se observa que en ambos grupos el nivel es de moderadamente funcional. (Cuadro 12) En el de lícitas mayor frecuencia de consumidores con 128(33.8%) y con adicción en 45 (12%). En tanto en el grupo de ilícitas reporto con consumo 33(41.7%) y con adicción en 6(7.7%). La determinación de correlación entre la funcionalidad familiar y el nivel de adicción mostró los siguientes datos entre consumo y adicción en el grupo de sustancias lícitas con un coeficiente de correlación de Cramer (V) de 0.94; entre consumo y adicción a sustancias ilícitas una V 1.0; en comparación del consumo entre las sustancias lícitas e ilícitas V 0.58 y con adicción entre las mismas sustancias de V 0.79.

Cuadro 12. Consumo, adicción y funcionalidad familiar.

PARAMETRO/ GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS				GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS			
		Consumo		Adicción		Consumo		Adicción	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Funcional	108	28.9	22	5.8	17	21.6	3	3.7
	Disfuncional	70	18.7	3	0.8	17	21.6	3	3.7
	Moderadamente funcional	128	33.8	45	12	33	41.7	6	7.7
TOTAL		306	81.4	70	18.6	67	84.9	12	15.1

Fuente: Cuestionario de FASES III. Participantes UMF. 94. IMSS. Año 2011.

Comparativamente los datos entre violencia intrafamiliar y el nivel de adicción (Cuadro 13), muestran para ambos grupos la categoría de mínima, tanto en los consumo como en adicción, así para el grupo de lícitas con consumo fueron 276(73.4%) y adicción en 56 (14.9%); en tanto en el grupo de ilícitas con la misma categoría de violencia mínima en consumidores fue 61(77.3%) y adicción 7(8.8%) La determinación de correlación entre la violencia intrafamiliar y el nivel de adicción entre consumo y adicción en grupo de lícitas mostró una V de 0.99; en consumo y adicción de ilícitas una V de 0.97; entre consumo de lícitas e ilícitas de V 0.99; y la adicción entre lícitas e ilícitas de V 0.96

Cuadro 13. Consumo, adicción y violencia intrafamiliar

PARAMETRO/ GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS				GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS			
		Consumo		Adicción		Consumo		Adicción	
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Mínima	276	73.4	56	14.9	61	77.3	7	8.8
	Moderada	25	6.7	8	2.2	3	3.8	2	2.5
	Inminente	2	0.5	2	0.5	2	2.5	2	2.5
	Grave	3	0.8	4	1	1	1.3	1	1.3
Total		306	81.4	70	18.6	67	84.9	12	15.1

Fuente: Cuestionario de Tamizaje de Violencia Familiar. UMF. 94. IMSS. Año 2011.

Finalmente al comparar los datos entre tipología familiar y el nivel de adicción (cuadro 14), muestran un predominio de la familia nuclear simple, en el grupo de lícitas con consumo 186(49.4%) y con adicción 33(8.7%); seguida de la extensa con 60(16%) y 23(6.2%) en consumo y adicción respectivamente. En tanto en el grupo de ilícitas igualmente familia nuclear simple con consumo en 35(44.4%) y con adicción 6(7.8%), igualmente seguida del tipo extensa en 17(21.6%) para consumo y 2(2.5%) en adicción. La determinación de correlación entre la tipología familiar y el nivel de adicción entre consumo y adicción en grupo de lícitas mostró una V de 0.85; en consumo y adicción de ilícitas una V de 0.92; entre consumo de lícitas e ilícitas de V 0.95; y la adicción entre lícitas e ilícitas de V 0.79

Cuadro 14. Consumo, adicción y tipo de familia

PARAMETRO/ GRUPO		GRUPO SUSTANCIAS LICITAS				GRUPO DE SUSTANCIAS ILICITAS			
		Consumo		Adicción		Consumo		Adicción	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tipo de familia	Nuclear Simple	186	49.4	33	8.7	35	44.4	6	7.8
	Nuclear numerosa	12	3.2	2	0.5	0	0	1	1.2
	Nuclear ampliada	24	6.4	8	2.2	5	6.4	1	1.2
	Extensa	60	16	23	6.2	17	21.6	2	2.5
	Monoparental	7	1.8	2	0.5	3	3.7	1	1.2
	Sin familia	17	4.6	2	0.5	7	8.8	1	1.2
Total		306	81.4	70	18.6	67	84.9	12	15.1

Fuente: Encuesta a participantes de UMF. 94. Año 2011

ANALISIS DE RESULTADOS

La distribución por edad es de llamar la atención, por un lado se observa un rango muy amplio de años, incluso que abarca la llamada tercera edad. Es conveniente resaltar que casi la mitad de los participantes se encuentran entre las etapas de adolescencia y adulto joven, sin embargo más de la mitad en ambos grupos se ubican de la tercera década a más de la vida, hecho no esperado con base a lo citado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA) ⁽³⁰⁾ quienes dicen que a mayor edad a la par se da el desarrollo y madurez del individuo, lo que se ha relacionado con una toma más adecuada de decisiones y por ende menor autoagresión según Altamirano ⁽³¹⁾, infiriendo que la adicción a cualquier sustancia sea lícita o ilícita representa un daño potencial y actualmente también como lo indica la OMS ⁽⁷⁾ es reconocida como un problema de salud pública. Cabe mencionar que los datos observados en éste trabajo tienen cierta contradicción con lo referido por Llorens ⁽¹⁷⁾, el cual ubica el problema de adicciones a edades más tempranas. Contrario a lo descrito por Kumate ⁽¹²⁾, en donde él reporta que son los hombres los de mayor consumo de sustancias lícitas, en nuestra investigación las mujeres tienen ligeramente un porcentaje mayor. En tanto en el grupo de sustancias ilícitas prácticamente no se da una diferenciación porcentual entre ambos sexos, circunstancias que merecen una profunda reflexión, pues si bien son datos alarmantes, éste proceso se ha venido gestando con mayor proporción relacionado con aspectos genéticos y de personalidad del propio individuo como lo cita Machorro ⁽³²⁾ pero también desde lo sociológico con movimientos como el llamado de liberación femenina dada en la década de los setentas ⁽³³⁾ que si bien permitió una mayor participación económica, social y política, favoreció el consumo de sustancias lícitas e ilícitas de forma más abierta por las

mujeres. Actualmente aunado a todo ello, el hecho del costo de las sustancias ilícitas ha propiciado una compra más fácil, ya que como cita Martín,⁽²⁶⁾ la marihuana y cocaína tienen costos menores y por ende se potencializa su adquisición y consumo a cualquier edad y género. Hace algunas décadas, autores como Medina⁽³⁴⁾, había descrito el problema de las adicciones asociadas a aspectos como nivel socio-económico y escolaridad baja, sin embargo en éste trabajo se observó tanto en el grupo de sustancias lícitas como ilícitas, que mas de un tercio de los participantes de ambos grupos tuvo nivel de profesional, esto conjuntamente con que la ocupación señalada como más frecuente fue el ser estudiante, obliga a mantenerse alerta, considerando que es la generación futura que marcará el crecimiento de nuestro país y recordando que independientemente que se consuma una sustancia lícita o no, la repercusión biopsicosocial en el individuo se da en menor o mayor medida como lo refiere también Medina.⁽³⁴⁾ Sin embargo también puede considerarse como una oportunidad, incidiendo a través de la educación para la salud y manejo de adicciones, aprovechando como lo describe Meerhorff el primer elemento que debe considerarse en el momento de estructurar estrategias de promoción y prevención, ya que puede funcionar tanto como factor de riesgo como de protección. En un intento de dar una valoración general en relación al uso de drogas, cabe preguntarse y conocer si directa o indirectamente lo que ocurre en la institución educativa induce o previene, los vínculos problemáticos, entre ellos con las drogas.⁽³⁵⁾ En relación al estado civil observado en ambos grupos, puede interpretarse con dos enfoques, el primero siendo positivo es que la mitad de ellos al ser solteros, el daño colateral asociado a la adicción reportado por autores como Arellanez en un estudio sobre factores psicosociales donde reporta que más de la mitad de las de un grupo de 897 personas eran solteros, así mismo se da a la familia de origen, en cambio por el otro lado, casi la otra mitad de los

participantes al ser casados implica potencialmente una repercusión familiar mayor, que incluya además a la pareja o incluso los hijos, lo cual representaría un riesgo mayúsculo si consideramos como lo describe los estilos parentales y el modelaje que representa el padre y la madre para sus descendientes⁽³⁶⁾ Pudiera pensarse como favorable el dato de que en nuestra investigación aproximadamente solo un diez por ciento fue catalogado con farmacodependencia, sin embargo al conjuntar aquellos con abuso y dependencia se tienen en realidad casi dos tercios de participantes en ambos grupos de sustancias, lo cual ensombrece la interpretación inicial, ya que no existe como lo explica Medina una fórmula que garantice que dichos individuos no puedan pasar a la drogodependencia⁽³⁴⁾ Los resultados de la autoestima en relación al nivel de adicción, en ambos grupos mostró una media y alta autoestima, llama la atención que es en el grupo de ilícitas en donde se encuentra en categoría de significativamente alta, estos valores están dados básicamente por los denominados consumidores, ya que al observar los datos de aquellos clasificados como adictos se reportó una correlación ínfima, es decir no hay influencia de la autoestima en el nivel de adicción ni tampoco al tipo de sustancias que los individuos ingieren. Este elemento como lo reporta Guisa⁽³⁷⁾ y Kumate,⁽¹²⁾ que la familiar, genera y consolida una identidad, otorgando una determinada imagen y concepto sobre quién se es y qué lugar se ocupa con respecto al mundo en el que se habita, así mismo la familia crea en el menor las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima que son herramientas consideradas como factor protector contra las adicciones. La valoración del ámbito familiar reporta en ambos grupos una familia moderadamente funcional. Es evidente una fuerte correlación entre ser consumidores o adictos de cualquiera de las sustancias (lícitas e ilícitas) y la funcionalidad familiar, aunque es más fuerte al relacionar la influencia de la funcionalidad

y la adicción a las sustancias ilícitas. Este señalamiento debe ser considerado ya que puede inferir como lo determinó Huerta determinó Arellanez que la familia puede ser generadora de salud, pero también de enfermedad, así mismo en su estudio muestra que cuanto mayor es la intensidad el consumo, se reduce la cohesión y la flexibilidad adaptativa del sistema familiar; confirmando una mayor probabilidad de abusar o depender de sustancias ilícitas cuando las pautas de control y autoridad en la familia son rígidas, y cuando hay ausencia de vínculos familiares de apoyo y afectivos. ⁽³⁶⁾ Es evidente que la violencia intrafamiliar en cualquiera forma que se compare, en ambos grupos mostro una fuerte correlación, sea para el nivel de dependencia, el tipo de sustancia y aunque el reporte de violencia es mínima esto influye definitivamente en los resultados de que el sujeto sea consumidor a adicto a cualquiera de las sustancias llámame lícitas o ilícitas. Como lo menciona Amor ⁽³⁸⁾ en su trabajo realizado en mujeres, la génesis multifactorial de cualquier adicción a sustancias, requiere así mismo un manejo complejo, en la que deban ser considerados aspectos personales llámese autoestima, familiares como el tipo y funcionalidad del sistema e incluso sociales entre ellos la violencia, ya que en muchos casos de violencia de género está presente el consumo abusivo de sustancias, y aunque no sea “el factor causal”, puede contribuir a precipitar la violencia, o agravarla una vez que ha surgido. A su vez, otro aspecto que añade más complejidad son las diferencias que hay de unos casos a otros dentro de un contexto de violencia. Así, se pueden dar múltiples combinaciones en cuanto al consumo de las personas implicadas en los casos de violencia de género: agresores o víctimas que pueden consumir o no drogas, víctimas que antes de sufrir violencia de pareja ya consumían abusivamente drogas, víctimas que consumen drogas como estrategia de afrontamiento ante el sufrimiento de una violencia que se prolonga en el tiempo,

agresores consumidores y con perfiles psicopáticos, parejas que se agreden mutuamente.

⁽³⁸⁾ Se plantea que dentro la tipología familiar muestra que tiene una alta correlación entre tipología familiar tanto como para consumo que para adicción, siendo del tipo nuclear el que predomina en ambos grupos, por lo que se concluye que el hecho de vivir en una familia nuclear simple es altamente influyente para el consumo de sustancias, ya sean para lícitas tanto como para ilícitas. El comportamiento de la tipología familiar en relación a la distribución del consumo y adicción a las sustancias, invita a la reflexión, por un lado la semejanza en el reporte de INEGI, por lo que era de esperarse que su composición fuera en general nuclear y extensa. Esto, obliga al personal de salud de hacer una búsqueda intencionada de la misma, sobre todo si a ello se aúna los resultados de la funcionalidad reportada e igualmente su influencia en que el individuo tenga cualquier nivel de abuso de sustancias.

Finalmente, la muestra estudiada nos da pie a marcar un alto en el ejercicio del profesional de la salud, toda vez que las adicciones se convierten a pasos agigantados en un problema de salud pública, y que en este trabajo se corroboró que no existe edad o condición social para que se presente. Un elemento muy importante de todo esto es que en su mayoría en ambos grupos permanecen en la categoría de consumidores, sin embargo no puede asegurarse en qué momento pasen a la adicción, pues la línea entre ambas circunstancias es incierta. Tratando de rescatar el aspecto positivo de los resultados, es que considerando las características personales descritas de los participantes pueden realizarse intervenciones educativas, anticipatorias al daño, e incluso en aquellos que presenten la adicción, puedan ser apoyados en su rehabilitación, como sucedió en la quinta parte de los participantes en este trabajo quienes se registró farmacodependencia.

CONCLUSIONES

Las características de los participantes de ambos grupos, son una edad media en la segunda y tercera década de la vida, escolaridad, profesional, ocupación estudiantes, solteros.

Del grupo de sustancias lícitas las mujeres consumen más tabaco y los hombres alcohol, y del de ilícitas prácticamente se tiene la mitad para cada género y de las sustancias de mayor consumo en ambos es la marihuana en casi la mitad de los participantes. Tanto en el grupo de sustancias lícitas como ilícitas es el consumo o abuso el que se reporta en más de tres cuartos de los participantes (81 y 85%) del grupo de lícitas e ilícitas respectivamente, aunque sin diferencia estadísticamente significativa intergrupala.

En el grupo de sustancias lícitas la autoestima se registro en categoría media alta tanto en aquellos con consumo, como en adicción. En el grupo de sustancias ilícitas la autoestima se encontró en aquellos con consumo autoestima media baja y significativamente alta correspondiendo al 43% de los participantes, y con adicción a ilícitas predomino autoestima significativamente alta. La correlación intergrupala de consumidores reporta 0.40 y respecto a la adicción entre lícitas e ilícitas de $V < 0.05$. Respeto a funcionalidad familiar de aquellos con consumo y adicción independientemente de las sustancias reportaron categoría de funcionalidad moderada con una fuerte correlación (0.94 y 0.79 respectivamente).

La variable de violencia en ambos grupos de sustancias y sean consumidores o adictos se reporta mínima violencia con una correlación fuerte de 0.97

La tipología en grupo de lícitas e ilícitas, tanto en consumidores como adictos, una correlación fuerte de 0.85

Finalmente se concluye que todas las variables e indicadores estudiados tienen relación con el consumo o adicción, pero no se encontró diferencia para esto entre los grupos, el único factor que si marca diferencia es en la autoestima para la adicción.

SUGERENCIAS

1. Recomendar la búsqueda intencionada por el profesional médico y paramédico del problema de consumo o adicción desde edades tempranas del individuo en su actividad profesional.
2. Proponer el seguimiento de la población estudiada a través de una investigación longitudinal sobre el manejo de las adicciones lícitas e ilícitas encontradas.
3. Insistir en la realización de investigaciones semejantes con la aplicación de los instrumentos en éste trabajo ya que son factibles de manejar por el médico de primer nivel y su equipo multidisciplinario.
4. Trabajar interdisciplinariamente con segundo nivel y asociaciones o grupos de apoyo como en la presente investigación para un mayor beneficio de la población en riesgo o ya con adicción.
5. Fortalecer la educación para la salud que el médico familiar ya realiza en su actividad cotidiana, enfatizando aspectos sobre adicciones, funcionalidad familiar y violencia intrafamiliar, dando a conocer los resultados de ésta investigación y remarcando la importancia de su detección y manejo oportunamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robes J. Historia de las adicciones en la España contemporánea. España: Miguel T.; 2008. pp. 11
2. Litis S, Abo K, Cubertería S. Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes: Una guía de desarrollo y perfeccionamiento. Nueva York: Naciones Unidas. 2002.
3. Pascual PF. Historia de las adicciones en la España contemporánea. España: Miguel T.; 2008. pp.13-15.
4. Alcántara M, Cortes F. Prevención el consumo de drogas. Retos y estrategias en la sociedad contemporánea. Vol. 2. 2ª de. México DF: Centros de Integración Juvenil, A.C. 2009.
5. Acosta MA. Director. Informe Mundial sobre las drogas. 2009. Resumen Ejecutivo. [monografía en Internet]*. Neo Yogur: Naciones Unidas; 2009[acceso 05 de junio del 2010). Disponible en: [Http://www.cinu.org.mx/drogas-web/documentos/Executive_summary_Spanish.pdf](http://www.cinu.org.mx/drogas-web/documentos/Executive_summary_Spanish.pdf)
6. Guisa VM, Díaz L, Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México D.F.: Centros de Integración juvenil; 2005.
7. XIV Informe de la OMS. Serie Informes Técnicos. Núm. 214. Ginebra, Suiza, 1969.
8. Pichot P. Coordinador. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM VI. Barcelona: MASSON, S.A.; 1995.
9. Madrigal de León EA. Estadística Adolescente. IMSS. Guadalajara, Jal. México.1996. 1(6):1-8.
10. Alonso RL. Antidoping: implicaciones clínicas en el diagnóstico y eficacia de un proceso terapéutico. [monografía en Internet]*.México.2005 [acceso 30de julio del 2010). Disponible en: <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0986-106.pdf>.
11. Plan Nacional de Acción por los Derechos de Niños, niñas, y adolescentes [monografía en Internet]*.México.2008 [acceso 01 de agosto del 2010). Disponible en: <http://derechos.educ.ar/docente/prevencion/factoresprotectores.htm>
12. Kumate RJ. Director. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. 3ª ed. México, D.F: Centros de integración juvenil, A.C. 2005.
13. Moreno E, Cuevas JL. Niños, adolescentes y adicciones. México DF: Centros de integración Juvenil, A.C. 2008.
14. Izquierdo MÁ. Temperamento, carácter personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. Rev. Comp. Ed. Madrid. 2002. 13(2):617-643.
15. Bustamante GS, Autoestima y asertividad Santiago de Chile. Comité Nacional para el Adulto Mayor. 2005.
16. Musitu G, Jiménez T I, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud pública de México. México D.F. 2007. 49(1): 3-10Guisa Cruz VM, Habilidades para la vida. Guía para educar con valores. México, D.F. Centros de Integración Juvenil, A.C. 2006.
17. Llorens AN, Aalmer PA, Perelló del río MJ, Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. Trastornos adictivos. Tex. España. 2005. 7(2):90-6.
18. Alarid HJ, Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 7a. ed. Medicina Familiar Mexicana. México D.F. 2004.

19. Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Ponce RER. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 7(1): 2005.15-19.
20. Sinche EE, Suárez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. Fascículos CADEC. 2006. 1(1):38-47.
21. Mendoza LA, Soler E, Sains L, Gil I. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam. México. D.F. 2006. 8(001): 27-37.
22. Fernández C. Violencia familiar y adicciones. Recomendaciones Preventivas. Centros de Integración Juvenil. AC. México, 2007.
23. Carmen F. Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar. Centros de Integración Juvenil A.C. Dirección General. México. 2006.
24. Cerezo H. Una propuesta de tamizaje de riesgo para víctimas de violencia intrafamiliar. [monografía en Internet]*.México.2005 [acceso 30de julio del 2010]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-42-una-propuesta-de-tamizaje-de-riesgo-para-victimas-de-violencia-intrafamiliar.pdf>
25. Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Fac Med UNAM. México. D.F. 2004. 47(6): 521-254.
26. Martín AF. Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid; 1999.
27. Morales JI, Tudón H, Escobedo J. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Salud Pública de México. México 2002. 44(2).
28. Kuri MP, González RJ. Epidemiología del tabaquismo en México. Rev. Salud Pública de México. México 2006. 48(1).
29. Sistema de Información Numérica Operativa (SIMO) de la UMF. 94 del IMSS. 2010.
30. Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Observatorio mexicano en Tabaco, Alcohol y otras drogas México: 2003. 9-10.
31. Altamirano JM. Autoagresión (Cuando herirse es una forma de hablar.) Argentina 2002.
32. Machorro M. Personalidad y adicción. Rev Mex Neuroci. México. 2005 6(4): 336-345.
33. Observatorio epidemiológico en las drogas. El fenómeno de las adicciones en México. Secretaria de Salud. México 2001. 17-33.
34. Medina E. et al. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública, alcohol y sociedad. Salud Mental. México 2001. 24(4).
35. Meerhoff D y col. Manual. Los usos de drogas y su abordaje en la educación. Comisión interterinstitucional Nacional de las drogas. Uruguay. 2008. 38-41.
36. Arellanez JL y col. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Salud Mental. México. 2005. 27(003) 54-64.
37. Guisa VM, Padres adictos y su recuperación en los hijos. México D.F. Centros de Integración juvenil; 2008.
38. Amor PJ y col. Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día. Junta de Andalucía. España. 2008. 27-36.

ANEXOS

ANEXO 1 CUADROS DE VARIABLES INDEPENDIENTES

Nombre de la variable.	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización de la variable
Violencia familiar	Es el acto y omisión única o repetitiva que cause daño ya sea de tipo físico, psicológico o sexual, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en contra de otro y otros integrantes de la misma.	Es el acto y omisión única o repetitiva que cause daño, cometido por un miembro de la familia, medida con el instrumento de Tamizaje de riesgo de violencia familiar.	Física Psicológica Sexual	Cualitativa	Ordinal	Mínima Moderada Grave Inminente
Funcionalidad familiar	Es el cumplimiento de las funciones básicas de la familia: económica, educativa, afectiva, reproductiva y sexual.	Valoración del cumplimiento de las funciones y satisfacción de los miembros de la familia, medida a través del Cuestionario de Fases III	Cohesión Adaptabilidad	Cualitativa	Categoría	Balanceada o funcional Moderadamente funcional Disfunción
Autoestima.	Es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la auto comprensión y el autocontrol.	Es el significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma. Medido con el inventario de Personalidad de Coopersmith	Valores Metas Ideas Emociones	Cualitativa	Ordinal	Significativamente baja Media baja Media Media alta Significativamente alta.

VARIABLE DEPENDIENTE

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización
Consumo o Adicción a sustancias lícitas e ilícitas	Es un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Patrón repetido que lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.	Es la conducta compulsiva que lleva al individuo a realizar consumo de sustancias, presentando síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos, cumpliendo con los criterios de tolerancia , abstinencia e ingestión compulsiva de la sustancia. Es medido a través de los criterios del DSM-IV.	Cualitativa	Ordinal	Consumo de sustancias Adicción

VARIABLE INTERVINIENTE

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Contemporización
Tipología familiar.	Modalidades de Organización de las redes familiares dentro y fuera del espacio habitacional.	Modalidades de Organización de las redes familiares dentro y fuera del espacio habitacional, que analiza parentesco, estado civil, edades y número de integrantes. Se utilizo la clasificación De la Revilla.	Cualitativa	Categorica	Familia Nuclear (Simple, numerosa, binuclear) Familiar Extensa Familia Monoparental Sin Familia Equivalentes Familiares

CUADRO DE VARIABLES UNIVERSALES

Nombre de la variable	Definición Conceptual	definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual de un individuo, expresado por el mismo	Cuantitativa	Numérica	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que se distingue el hombre a la mujer	Condición de sexo que exprese el paciente	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Estado Civil	Condición de cada persona en relación en relación con los derechos y obligaciones civiles	Situación civil que le paciente tenga en el momento de recabar la información	Cualitativa	ordinal	Soltero Casado Divorciado
Escolaridad	Periodo en tiempo en el cual se asiste a la escuela	Nivel escolar obtenido por el paciente hasta el momento del estudio	Cualitativa	Ordinal	Lecto/escritura Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Profesionista Postgrado
Ocupación	Tipo de trabajo retribuido que desempeña la persona	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento.	Cualitativa	Ordinal	Ama de casa Obrero Comerciante Profesional

Lugar y fecha _____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **VIOLENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA COMO FACTORES PARA LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS LICITAS E ILICITAS EN EL ADULTO.** _Registrado ante el Comité Local de Investigación No. 3515 con el número_R-3515-2010-

El objetivo del estudio es: **Comparar la violencia intrafamiliar, funcionalidad familiar y autoestima como factores de riesgo para la adicción a sustancias lícitas e ilícitas, en el adulto atendido en una unidad de primer nivel.**

_Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar unas preguntas de datos generales y conformación de integrantes de mi familia. De contestar con verdad los instrumentos propuestos en este trabajo para saber aspectos sobre mi autoestima y detección de riesgo de violencia familiar. Así como el llenado de un cuestionario llamado FASES III por mí y por mis familiares que vivan conmigo y acepten participar siendo mayores de 12 años de edad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgo: Por no tener que realizar intervención en mi cuerpo, aplicarme o consumir ningún medicamento o sustancia que para efectos de esta investigación se requiere no corro riesgos.

Inconvenientes: El llenado de los formatos va a requerir tiempo para ello, pero no voy a invertir ningún costo monetario por ello. También es que mis familiares mayores de 12 años y que vivan conmigo y acepten tendrán que responder el cuestionario sobre la familia, el cual me comprometo a entregar.

Beneficios: Voy a tener la calificación de los instrumentos, con los cuales se podrá saber mi riesgo de violencia, el nivel de autoestima que tengo, así como si ello representa un riesgo para mi salud, también con ello en caso de requerirlo el investigador me indicará acudir a mi medico tratante.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Lidia Bautista Samperio

Investigador Responsable

Puede comunicarse en caso de dudas relacionadas con el estudio al teléfono 04455-3272-1193. (Investigador asociado) Dra. Verónica Torres Cruz. Residente

Nombre y firma Testigo

Nombre y firma Testigo

ANEXO 3**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Folio: _____
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO: 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
Hoja de Datos generales**

Instrucciones: Por favor llene los datos que se le solicita, o en su caso coloque una "x", los cuales solo van a ser utilizados para efectos de identificación como participante de este trabajo de investigación, si lo desea solo coloque el pseudónimo o el nombre con lo que se le darán los resultados de los cuestionarios que se anexan.

Tenga la seguridad de que son estrictamente confidenciales.

Nombre o pseudónimo: _____ **Edad:** _____

PARÁMETRO	OPCIONES DE RESPUESTA				
SEXO	FEMENINO	MASCULINO			
OCUPACION	AMA DE CASA	OBRERO	POMERCIANTE	PROFESIONAL	OTRO(ANOTE CUAL)
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	VIUDO		
ESCOLARIDAD	LECTO/ESCRITURA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERAT O	PROFESIONAL
CONSUMO DE SUBSTANCIAS EN ALGUN MOMENTO DE LA VIDA	TABACO	ALCOHOL	MARIHUANA	COCAINA	INHALANTES.
OTRAS (ANOTE CUALES)					

ANEXO 4

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO: 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

FOLIO: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas colocando una cruz en el recuadro según la respuesta que considere adecuada:

NOMBRE O PSEUDONIMO:	SEXO:
EDAD:	ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:	OCUPACION:

	SI	No
1.-Generalmente los problemas me afectan poco.		
2.- Me cuesta mucho trabajo hablar en público.		
3.- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.		
4.- Puedo tomar una decisión fácilmente.		
5.- Soy una persona simpática.		
6.-En mi casa me enojo fácilmente.		
7.- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
8.- Soy popular entre la personas de mi edad.		
9.-Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.		
10.- Me doy por vencido muy fácilmente.		
11.- Mi familia espera demasiado de mí.		
12.- Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		
13.- Mi vida es muy complicada.		
14.- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15.-.Tengo mala opinión de mí mismo.		
16.- Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
17.- Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.		
18.- Soy menos agradable que la mayoría de la gente.		
19.- Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20.- Mi familia me comprende.		
21.-. Los demás son mejor aceptados que yo.		
22.- Siento que mi familia me presiona.		
23.- Con frecuencia me desanimo en lo que hago.		
24.- Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25.- Se puede confiar muy poco en mí.		

ANEXO 5 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL FOLIO _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
FACES III

Por favor, conteste a las siguientes preguntas colocando una cruz en el recuadro según la respuesta que considere adecuada:

No	Parámetro	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuenta a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es importante					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

Estimada usuario(a), le suplicamos contestar el siguiente cuestionario. El cuestionario está formado por 10 preguntas a las cuales responderá eligiendo y encerrando el número que usted considere más parecido respecto a la situación que actualmente vive.

1. ¿En este momento, tiene usted miedo de que su pareja, novio o compañero la agreda verbalmente, maltrate o golpee?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Su pareja, novio o compañero le impide ver a su familia o tener contacto con sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, además de ser demasiado celoso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Durante los últimos tres meses, su pareja, novio o compañero le ha golpeado, insultado verbalmente o amenazado de muerte?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿Su pareja, novio o compañero le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Su pareja, novio o compañero no le apoya económicamente en los gastos familiares o le quita el dinero que usted gana?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿Cuando ha habido conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. ¿Su pareja, novio o compañero en algún momento le ha amenazado con pistola, cuchillo o alguna otra arma similar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. ¿Su pareja, novio o compañero minimiza o niega el abuso en su contra, y le culpa a usted por el comportamiento abusivo de él?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. En caso de tener hijos, ¿su pareja, novio o compañero le ha amenazado con quitarle a los niños(as) y le dice que va a hacerle daño a usted y/o a sus niños(as)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. ¿Su pareja, novio o compañero toma alcohol constantemente, se ha drogado o le ha amenazado con suicidarse si usted lo deja?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO 7

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PARAMETRO MES	Marzo 2009- marzo 2010	Abril- mayo 2010	Junio- Agosto 2010	Septie- mbre- 2010	Sept- Oct. 2010	Oct.- Dic. 2010	Enero - marzo 2011	Mayo- junio 2011	Julio- Dic. 2011	Enero- febrer o 2012
Recolección de Información bibliográfica	x	x								
	o	o								
Elaboración de Protocolo	x	x	x							
	o	o	o							
Presentación a CLIS				x						
				o						
Aprobación por Comité					x					
					o					
Trabajo de Campo (recolección de datos)						x				
						o				
Análisis de Resultados							x			
							o			
Redacción de Análisis y Conclusiones							x			
							o			
Presentación para aprobación ante el CLIS como trabajo final								x		
								o		
Elaboración del escrito médico									x	
									o	
Difusión de resultados										x
										o

x PROGRAMADO o REALIZADO•