



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROBLEMAS DE CONDUCTA INFANTIL COMO
PREDECESORES DEL USO DE SUSTANCIAS EN LA
ADOLESCENCIA”**

TESIS

Que para obtener el Título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ALEJANDRA MONTSERRAT RIVERA BARRIENTOS

Directora de Tesis: Dra. Silvia Morales Chainé

Revisor: Dr. Julio Espinosa Rodríguez

Sinodales: Dra. Lydia Barragán Torres

Dra. María Elena Ortiz Salinas

Lic. Ligia Colmenares Velázquez



MÉXICO, D.F.

Mayo 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR PERMITIRME CRECER EN UNA FAMILIA COMO LA MIA, por el amor por llenar mi camino de personas maravillosas y todo lo bueno que me ha permitido vivir.

*A mis padres que han sido mi guía, mi fuerza, por su inagotable apoyo, por su amor y por todos los esfuerzos que hicieron para darme lo mejor. A ti Mamá por todo el amor, apoyo, comprensión y confianza porque por ti he logrado todo lo que hoy soy, Gracias, Te amo. A ti Papá por ser ese hombre que respeto y admiro, por todas las muestras de cariño que me has dado a lo largo de mi vida, te amo
A mi hermano por acompañarme en la vida, por hacerme reír y por tu apoyo te quiero*

A mi Abue, por ser una madre para mí por demostrarme tú amor y tú apoyo siempre, por enseñarme a luchar aun en las adversidades. Te amo

A mi tía Marín por ser como una segunda madre y apoyarme siempre que lo necesito, Gracias te quiero.

A mis tíos y a mis primos que forman parte de mi crecimiento y que siempre tuvieron buenos deseos y ánimos para mí, Gracias los quiero.

A mis sobrinos hermosos, Alex, Fer, Lalito, Uri, Naty y Adri, por sus risas y ocurrencias, los quiero.

A Luis porque tú mejor que nadie sabe lo que este logro significa en mi vida, por reír y llorar a mi lado, por tus consejos por estar a mi lado cuando te he necesitado y darme fuerza y seguridad, por impulsarme a lograr mis sueños y por darme tu lado siempre que me sentía derrotada, tu eres parte de este logro Gracias!! Te amo.

A la Dra. Sílvia Morales por ser un ejemplo de vida para mí, por tu confianza, apoyo y tú paciencia, por transmitirme el amor y la pasión por la psicología y por el Análisis Conductual Aplicado, gracias por tanto y tanto, te admiro y respeto, pero sobretodo te quiero mucho.

Al Dr. Julio Espinosa por su apoyo y sus comentarios tan puntuales que me enriquecieron como profesional, a la Dra. Lydía Barragán por todo su apoyo en este trabajo y siempre por su calidez humana y siempre estar dispuesta a recibirnos con una sonrisa y compartir sus conocimientos, a la Lic. Ligia Colmenares gracias Lig por todo el apoyo y los consejos a lo largo de mi formación que sin duda han dejado huella en mi vida tqm, a la Dra. María Elena Ortiz Salinas por su invaluable apoyo y comprensión y por su dedicación en este trabajo.

Al Dr. Carlos Santoyo por ser un pilar en mi formación académica y profesional, por sus consejos y por su infinito apoyo, por confiar en mí y por impulsarme a seguir en este camino, lo admiro, respeto y valoro mucho. Gracias por todo, lo quiero.

A mis amigas Sandy, Nancy y Elena: Por recorrer conmigo este camino, por sus consejos, sus risas, su apoyo, por ser mis amigas y demostrarme que las personas que se aman no necesitan pasar mil horas juntas porque lo que nos une es el corazón, las amo.

A ustedes tres locas distintas que amo Dianís, Yaz y Lady: Por ser mis compañeras de vida, por su complicidad, por escucharme, por apoyare siempre, por impulsarme y por no dejarme vencer, porque siempre tiene una sonrisa, una lágrima o un hombro para compartir conmigo. Ustedes saben lo que este proceso significativo y no sé que habría sido sin ustedes. Este logro es suyo también amigas, las amo.

A ti Ale, Por enseñarme a sonreírle a la vida aun en los peores momentos, por compartir conmigo tantas cosas que me han hecho crecer, por escucharme, por apoyarme e impulsarme, por brindarme tú amistad sincera que valoro mucho, gracias Amiguis porque sin tí este sueño no sería lo mismo. Te quiero mucho mucho.

A Isma, Por ser esa personita especial, por tu apoyo inagotable, por tu paciencia, por tus consejos, por tus palabras motivadoras y por que cuando más lejanas veía las cosas y todo se nublabá tú estabas allí apoyándome y haciéndome reír, gracias por enseñarme a creer que las cosas se pueden lograr changuís, gracias por ser como eres TQM.

A todos mis amigos y compañeros que siempre me dieron ánimos para seguir, que tenían una palabra de aliento cuando peor me sentía o regaño para impulsarme, una sonrisa para hacerme sentir mejor y un palabra que se quedó en mi corazón y que me ayudó a crecer y a lograr este objetivo, les agradezco el apoyo y sobretodo su amistad y cariño, los quiero, gracias Liss, Judith, David, Tom, Paty, Adolfo, Lupita, Isa, Inés, Ale Edith, Alex Pérez y Luis Villalobos.

A Mel, Fari, Tanis, Marce y Vio, Por ser un ejemplo para mí, por enseñarme tanto, por su apoyo, por confiar en mí, por brindarme su amistad, por las risas compartidas y por siempre impulsarme a seguir adelante, gracias por su contribución en este trabajo, las admiro y quiero mucho mucho.

A mis amigos de la facultad Luisito, Clau, Eve Castillo y Yeral, Por formar parte de este recorrido hermoso ha sido un gusto conocer personas maravillosas en este proceso, gracias por sus consejos, por su apoyo y por enseñarme tanto, los quiero.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi orgullo, a la Facultad de psicología que contribuyo a mi formación profesional, por enseñarme el respeto hacia este trabajo, Gracias por todo.

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEORICO	
El consumo de drogas.....	8
Epidemiología del consumo.....	8
Patrones del consumo.....	11
Factores asociados al consumo.....	12
Progresión del comportamiento.....	14
Conducta Infantil.....	19
Problemas de conducta infantil y su epidemiología.....	19
Descripción de problemas de conducta infantil.....	20
Factores asociados a los problemas de conducta infantil.....	21
MÉTODO.....	24
Participantes.....	24
Instrumentos.....	25
Procedimiento.....	27
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	53
REFERENCIAS.....	58
ANEXOS.....	61

RESUMEN

Los problemas de conducta en niños y adolescentes abarcan un amplio rango de conductas, desde la más mínima pero significativa conducta oposicionista hasta las más serias formas de conducta antisocial. Estos problemas de comportamiento infantil son uno de los problemas más frecuentes por los que las familias mexicanas acuden a servicios de salud (Ayala, 1994) y se estima que afectan entre el 2 y el 6% de la población (DSM-IV). Se ha sugerido que si tales problemas de conducta no se enfrentan y manejan de manera adecuada pueden progresar a conductas más severas a lo largo del tiempo, tales como robar, violencia, y el uso de sustancias en la adolescencia. Este último se ha convertido en uno de los problemas de salud más preocupantes en la actualidad. En lo referente al consumo de alcohol se estima que en la ciudad de México el 23.6% de la población de entre 12 y 17 años presentan un consumo alto de alcohol (ENA-2011) y la prevalencia de consumo de cualquier sustancia es de 1.8%, reportándose la marihuana como la droga de mayor consumo entre los adolescentes. Debido a lo anterior, el objetivo de este trabajo es conocer si existe una relación entre los problemas de conducta presentados en la infancia con el consumo de sustancias en la adolescencia. El estudio de tipo correlacional se llevo a cabo en una muestra de 23 adolescentes con edades entre los 13 y 21 años de edad. El 82.6% de los jóvenes de la muestra presentaron consumo de alcohol en un nivel de consumo bajo, 43.5% han consumido tabaco y 8.7% reporto haber consumido marihuana. Los resultados muestran que si existe una relación entre los problemas de conducta como hiperactividad, inatención y oposición en la infancia con el consumo de alcohol, sin embargo no ocurre lo mismo con el tabaco en donde solo existe relación entre los problemas de hiperactividad y el consumo de esta sustancia.

Palabras clave: Problemas de conducta, oposición, hiperactividad, inatención, progresión de la conducta, alcohol.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de comportamiento infantil son uno de los problemas más frecuentes por los que las familias acuden a servicios de salud. En un gran porcentaje de las familias se presenta algún tipo de problemas durante la niñez. En edades tempranas conductas como el berrinche o la agresión pueden representar para los niños una forma de comunicación e interacción con su entorno, sin embargo cuando comienzan a representar un problema para la familia y para el propio niño resultando poco funcionales, y si no son atendidas adecuadamente y oportunamente tales problemas de conducta pueden escalar a conductas más severas a lo largo del tiempo, como vandalismo, agresión y posiblemente uso de sustancias en la adolescencia.

En la incidencia y progresión de estos problemas de conducta intervienen diversos factores, tales como el ambiente familiar percibido, el abuso de sustancias en los padres, las prácticas disciplinarias empleadas tales como un pobre monitoreo, estrategias inconsistentes de manejo infantil y hostilidad.

Por otro lado también es importante mencionar que la adolescencia es una etapa de experimentación en donde los jóvenes se encuentran en contacto con muchos factores de riesgo en su entorno social, tal es el caso de tener amigos que consuman sustancias, exhibir una actitud positiva sobre estas conductas, así como factores relacionados principalmente con el contexto familiar, ya que se ha encontrado que estos funcionan como factores principales tanto de riesgo como protectores para el uso de sustancias en los adolescentes. Por lo anterior el objetivo de este trabajo fue identificar y describir la relación entre los problemas de conducta presentados en la niñez con el autorreporte de consumo de sustancias en la adolescencia.

El consumo de drogas

Epidemiología del consumo

En la actualidad, el consumo de sustancias es uno de los problemas de salud pública más preocupantes. En muchos sectores, la conducta de consumo es considerada como uno de los comportamientos de riesgo más frecuentes en la adolescencia. De acuerdo a los avances presentados de la ENA 2011, en el último año, medio millón de ciudadanos en México aceptaron haber consumido alguna droga, como marihuana, cocaína e inhalables. La marihuana es la droga ilegal que más se consume. Existen 2.4 consumidores de ésta por cada uno de cocaína y, aunque las metanfetaminas e inhalables tienen una prevalencia baja, entre los adolescentes se consumen en la misma proporción que la cocaína, una cantidad mayor en 50 mil personas respecto a 2008 (ENA, 2008). De acuerdo a la encuesta de 2011, se sabe que los jóvenes, sobre todo los que no estudian o trabajan, son los más expuestos a las drogas debido a su baja percepción de riesgo y a los procesos de pertenencia e identificación social. Durante el 2009 el informe del SISVEA reportó que 7,589 mujeres buscaron atención en algún centro de adicciones y que más de la mitad (54.6%) de ellas, reportó que comenzaron el uso de drogas con Alcohol, seguido del consumo de Tabaco con 1,679 casos (22.1%), y Marihuana en 639 casos (8.4%). La edad de inicio reportada era a los 15 años de edad (SIVEA, 2009), y la edad de inicio para el abuso de drogas ilícitas se situó a los 16.5 años (CIJ,2009).

En la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones la edad de inicio del consumo de drogas ilegales se sitúa en promedio a los 18.8 años, encontrando que los hombres inician casi dos años antes que las mujeres (ENA 2011). En otro análisis de la población que acude a los centros de atención, se encontró una mayor proporción de hombres que demandan tratamiento, con una razón de 4.5 hombres por cada mujer. La edad media de ingreso a tratamiento fue de 23.8

años, mientras que la edad promedio del inicio del consumo de tabaco se situó en 14.5 años, la de alcohol en 14.7 años y la de drogas ilícitas en 16.5 años (CIJ, 2009).

Acorde con la ENA (2011), 26.4% de la población de entre 12 y 65 años, ha probado tabaco. El 30.9% de los hombres y 22.2% de las mujeres reportaron haber fumado tabaco alguna vez en la vida. Cuando se compara por grupo de edad, 7.1% de los adolescentes y 11.8% de los adultos respondieron ser fumadores activos. En encuestas previas, se identificó que las razones del inicio del consumo de tabaco más comunes fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores (ENA, 2008). El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores.

En lo que se refiere al consumo de sustancias se observa que del 2008 al 2011 la prevalencia de consumo de cualquier sustancia pasó de 1.6 a 1.8%. La marihuana se mantuvo también como la droga de mayor consumo con una prevalencia de 1.2% seguida de la cocaína con un 0.5%. En lo que se refiere al consumo de sustancias por género se observó un incremento en los hombres, que pasó de 2.5% al 3% en la prevalencia del consumo de sustancias; mientras que el consumo de las mujeres se mantuvo en un 0.7%. Para ambos sexos la marihuana fue la droga de mayor consumo, pero sí se encontró un incremento en los hombres que pasaron del 1.7% en el 2008 al 2.2% en el 2011. Por región del país se encontró que en los hombres de la región occidental hubo un incremento para cualquier droga de .6% en el 2008 a 3.2% en el 2011 y las mujeres de la región Noroccidental mostraron un decremento en el consumo de cualquier droga (ENA, 2011).

En la población adolescente (12 a 17 años) la prevalencia del consumo de cualquier droga fue de 1.6% en el último año, encontrándose también que la marihuana fue la más prevalente con 1.3% seguida de la cocaína 0.4% y los inhalables con 0.3%. En cuanto al consumo en las regiones del país, en la región noro-central se observó un decremento en el consumo de marihuana, mientras que en el resto de las regiones se mantuvo estable en comparación con el 2008.

En una encuesta a hogares en la ciudad de México en el 2006 realizada a personas entre 12 y 45 años de edad se encontró que el 25.54% de los hombres habían usado drogas alguna vez en la vida en comparación con el 5.8% de las mujeres, mientras que el porcentaje de hombres que habían usado alguna droga en el último año fue de 6.55% y 1.19% de las mujeres (Encuesta a hogares, 2006).

Además de los trastornos por el consumo de drogas, existen diversos trastornos de salud mental que han sido evaluados y que frecuentemente son padecidos por la población mexicana. Entre los trastornos más frecuentes que las personas reportan se encuentran los de ansiedad en un 14.3%, en segundo lugar los trastornos por consumo de sustancias con un 9.2% y los trastornos afectivos en un 9.1% (Medina Mora, Borges, Muñoz y cols. 2003). Los trastornos de ansiedad y afectivos se han reportado más comúnmente en mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias han sido reportados más frecuentemente en los hombres, y en esta población los tres trastornos más frecuentes fueron en primer lugar la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

Como ya se menciona el consumo de sustancias es un problema multifactorial, y al igual que otros trastornos parecen compartir variables en su origen, pero particularmente, características funcionales en el inicio y mantenimiento de diversos comportamientos. Resulta fundamental conocer y comprender tales relaciones funcionales. Ya he hablado sobre el consumo de

sustancias y para continuar es importante hablar de cómo se desarrollan los patrones de consumo.

Patrones de consumo

El desarrollo del consumo de drogas consiste en etapas diferenciadas, a través de las cuáles el individuo fluctúa, no siempre en una sola dirección, conformando patrones propios para cada persona. La conducta de consumo de drogas se explica a partir de una evolución gradual que va desde la etapa de uso, pasando por el abuso y hasta explicar la dependencia física y psicológica, característica de los trastornos del comportamiento derivados del consumo de drogas legales e ilegales (NIDA, 2013).

La etapa de “uso” es sencillamente el consumo, utilización, o administración de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, colaterales, sociales o familiares serios, se trata de un consumo aislado, ocasional, episódico, sin desarrollo de tolerancia o dependencia (Medina-Mora, 2003).

Por otro lado, el “abuso” de una sustancia es cualquier consumo de droga que dañe o amenace la salud física, mental o bienestar social del individuo, y su entorno. En el caso de drogas ilegales, se considera que “el uso”, es de hecho ya un abuso de la sustancia. Sin embargo, de manera general, el abuso tiene como características principales: un consumo continuo de la sustancia, a pesar de que el sujeto presenta diversos daños, persistentes o recurrentes provocados por él; Asimismo el abuso incluye el consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente en riesgo (NIDA, 2013). Como se observa la definición de uso y abuso se realiza en términos de la frecuencia de consumo, así como de la cantidad y consecuencias asociadas al consumo de la sustancia.

Cuando hablamos de adicción nos referimos a la dependencia fisiológica y/o psicológica a la sustancia legal o ilegal, debido al abuso de la sustancia, así como a la manifestación de una búsqueda ansiosa de la misma. La dependencia se presenta cuando el individuo presenta tolerancia (necesidad de consumir mayor

cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo), cuando el usuario, intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba (DSM-IV, 2013).

Entonces, la adicción a una sustancia presenta algunas características importantes como un deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, generar tolerancia a la sustancia, presentar síndrome de abstinencia al retirar la sustancia, efectos en el estado de ánimo y las relaciones interpersonales. Diversas variables se relacionan y determinan el inicio y mantenimiento de estos comportamientos.

Factores asociados al consumo de sustancias

Dada la importancia del consumo de sustancias en la población, resulta fundamental estudiar los factores de riesgo que se encuentran involucrados en esta problemática; es decir aquellas variables que están asociadas al consumo y que hacen más probable la aparición de este comportamiento en alguna etapa de la vida. Del mismo modo, es necesario comprender los factores protectores del consumo de drogas que por el contrario se asocian con una baja ocurrencia de este problema. Estos factores se han agrupado por sus características, desde factores individuales y familiares hasta contextuales.

Particularmente, Muñoz, Rivas y Graña (2001) encontraron que la actitud familiar respecto al consumo de sustancias podía predecir el uso de sustancias como el alcohol, tabaco y marihuana. Es decir el hecho de que exista una actitud y una reacción favorable por parte de los padres al uso de alcohol o tabaco explica un mayor consumo por parte de los hijos. Lo mismo ocurría en el caso de que existieran conflictos frecuentes entre los adolescentes y sus padres y el uso de alcohol por parte del padre.

Valenzuela (2006) encontró que mientras más involucrados parecen estar los padres con sus hijos, menores son las declaraciones de consumo por parte de estos. La proporción de adolescentes que reportaron usar alcohol en el último mes fue del 25% entre quienes tuvieron padres involucrados con ellos, mientras que entre aquellos que reportaron tener padres pobremente involucrados, el consumo lo reportó el 60% de ellos. En el mismo estudio, el 7.9% de los hombres que presentaron dependencia al alcohol tuvieron una historia familiar de consumo de alcohol, y solo el 0.4% de las mujeres dependientes tuvieron una historia familiar positiva de consumo de alcohol. Por ello, se concluye que los hombres con una historia familiar de consumo tienen dos veces más posibilidades de desarrollar el síndrome de dependencia, en comparación con las mujeres y con aquéllos que no tienen una historia de consumo familiar (Natera y cols, 2001).

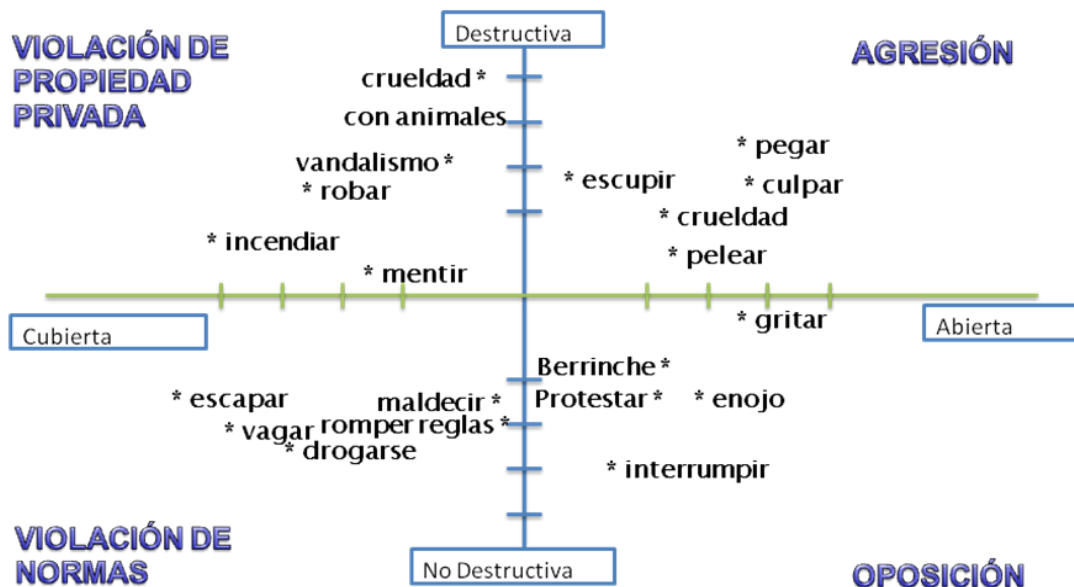
Del mismo modo, parece ser que un posible predictor del consumo sea el que los padres tengan una actitud favorable ante el consumo de sustancias. Muñoz-Rivas y Graña (2001) reportan que los conflictos familiares frecuentes, los conflictos entre la madre y el hijo o el uso de tranquilizantes por parte de la madre predicen un mayor uso de sustancias en los hijos.

Debido a la naturaleza multifactorial del problema de consumo de sustancias y a la importancia que se le ha dado estudiar y conocer las variables que se relacionan con esto, es importante a continuación describir la progresión de la conducta disruptiva desde edades tempranas hasta etapas adolescentes.

Progresión del comportamiento

El consumo de sustancias actualmente es uno de los problemas de salud pública que más preocupan a la sociedad y a los profesionales de la salud, por lo que es muy importante que desde etapas iniciales se pueda prevenir y atender. Desde la infancia es importante detectar problemas de comportamiento ya que comúnmente los problemas de conducta se mantienen a lo largo del tiempo, desde etapas preescolares hasta la adolescencia favoreciendo la presencia de otro tipo de conductas de riesgo tales como pocas habilidades para solucionar problemas, dificultades académicas, actos delictivos, violación de normas y el consumo de alcohol y otras drogas (Solloa, 2001; Reyno & McGrath, 2006).

Frick y Jackson (1993) describieron como se desarrolla la progresión de la conducta disruptiva desde edades tempranas hasta la adolescencia, desde conductas no destructivas a conductas destructivas, de conductas observables que pueden ser fáciles de medir y se pueden observar, a conductas encubiertas que son difícilmente medibles y observables. Señalaron que la conducta se mueve en cuatro cuadrantes:



Frick, et al., 1993

El primero se refiere a la conducta oposicionista. En este cuadrante se ubican conductas fácilmente observables y no destructivas tales como berrinches, enojo, gritos o protestas; si estas conductas no se detienen y manejan de manera oportuna pueden progresar a un segundo cuadrante de conducta agresiva caracterizada por conductas como pegar, pelear, culpar o escupir, estas conductas siguen siendo abiertas fáciles de observar y medir, pero ahora son de tipo destructivo. Si no se manejan de manera adecuada por parte de los padres o cuidadores pueden pasar a un tercer cuadrante en donde ahora la conducta ya no es fácil de medir y no es observable, ahora es encubierta pero no es destructiva, generalmente se presenta entre los 8 y 13 años de edad y se caracteriza por conductas como vagar, escapar, maldecir o el consumo de sustancias que constituyen lo que se conoce como violación de normas. Finalmente, está el cuadrante de violación de la propiedad privada en donde las conductas pasan a ser destructivas y difíciles de medir y encubiertas, este cuadrante incluye conductas como robar, mentir, crueldad con los animales e incendiar, se presentan en edades entre los 12 y 18 años de edad aproximadamente (Barkley, 2006).

El escalamiento de la conducta en los niños puede deberse a factores de desarrollo, ya que conforme los niños crecen adquieren más habilidades de comunicación por lo que cuando eran pequeños y lloraban como medio para obtener algo, ahora pueden gritar o maldecir (Patterson, 1982). En estos problemas de conducta, así como en la progresión de la misma intervienen diversos factores, tales como el ambiente familiar percibido, el abuso de sustancias en los padres (Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ, & Hanson, 1992), las practicas disciplinarias empleadas tales como poco monitoreo por parte de los padres, estrategias inconsistentes de manejo infantil y hostilidad. (Barkley, 1992; Ayala et al., 2002).

La investigación demuestra que hay una continuidad entre los trastornos de conducta infantil y los de la adolescencia y la adultez (Lochman, 2000; Loeber et al., 2005), siendo muy raro el adulto diagnosticado con trastorno antisocial de la personalidad que no haya tenido antes un trastorno de conducta y existiendo una tasa de hasta el 40% de niños y adolescentes con trastornos de conducta que desarrollan un trastorno de personalidad en la etapa adulta (Carrasco, Rodríguez, 2001). En estos jóvenes existe una alta tasa de conductas violentas incluida la muerte, conductas antisociales y consumo de sustancias (Clark, et al., 2002).

El pronóstico en los trastornos de conducta, a mediano y largo plazo, es poco favorable, ya que los niños presentan en etapas posteriores dificultades para terminar la escuela, conductas delictivas, comorbilidad con otros trastornos y consumo de sustancias (Redondo, 2001). Los factores individuales de los adolescentes también pueden influir en el uso y abuso de sustancias, tales como aspectos cognitivos (Conrad, Flay & Hill, 1992), las actitudes a favor o en contra del consumo, y la auto-eficacia para resistir y enfrentar la presión social (De Vries, Backvler, Kok & Dijkstra, 1995).

Los niños que son referidos clínicamente con altos niveles de hiperactividad, impulsividad e inatención, a menudo persisten en un patrón de conducta disruptiva durante la adolescencia (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish; 1990). Barkley (1997) también encontró que niños con déficit de atención con hiperactividad (TDAH), frecuentemente manifiestan problemas de conducta como agresión y conducta antisocial. Los niños que presentaron TDAH durante la niñez tienen una mayor propensión a ser detenidos por el uso o abuso de sustancias (Biederman, 1997), así como los adolescentes que presentan TDAH comienzan a experimentar con alcohol y otras drogas. Esto apoya la hipótesis de que la conducta delictiva y el consumo de sustancias en la adolescencia están relacionados (Mason, 2002).

En un estudio con una muestra de niños clínicamente diagnosticados con TDAH durante la infancia, se encontró que durante la adolescencia los chicos se habían involucrado en alguna ocasión en alguna droga, así como con la

presentación de conducta antisocial (Barkley, 1998). Los adolescentes diagnosticados con TDAH presentaron mayores niveles de consumo de alcohol, tabaco, y el uso de drogas ilícitas. Dentro de los adolescentes con trastorno por TDAH, la gravedad de la falta de atención y sus síntomas múltiples predijo el consumo de sustancias. El trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta disocial (ODD/ CD) predijeron el uso ilícito de drogas. La persistencia del TDAH en la adolescencia y el trastorno de conducta disocial fueron asociados con elevados comportamientos de uso de sustancias. Burke, Loeber y Lahey (2001) encontraron que los problemas de oposición predicen el posterior consumo de alcohol y otras sustancias, pero ellos no reportaron lo mismo con los trastornos de hiperactividad e inatención.

La presencia de TDAH puede afectar la evolución del abuso de sustancias en el adolescente a través de varias formas: 1) Puede predecirse en forma temprana la edad de inicio del abuso de sustancias y 2) existe mayor duración del uso y abuso de sustancias, así como progresión del abuso de alcohol hacia otras sustancias ilícitas (McGue, 2001; Lynskey & Hall, 2001; Biederman et al., 2000; Chilcoat & Breslau, 1999; Clure et al., 1999).

Otros estudios han demostrado que alrededor de dos tercios de los individuos que tienen TDAH pueden llegar a presentar abuso de sustancias y estar relacionados con trastornos de la conducta, sobre todo en hombres (Biederman et al, 2002; Schubiner, 2000; Chilcoat & Breslau, 1999; Disney et al, 1999). Los adolescentes con una comorbilidad de TDAH y desorden de conducta, tienen un riesgo más alto de desarrollar el uso de sustancias, mientras que los que solo presentan TDAH tienen un riesgo intermedio (Wilens, 2004).

Como se ha mostrado en diferentes estudios, la mayoría de ellos de corte longitudinal, no es de asombrarse que exista una relación entre los problemas de conducta y el consumo de sustancias, y es común que las primeras expresiones de problemas de conducta desencadenen en un uso o abuso de sustancias y que se encaminen a otro tipos de problemas de conductas tales como la violación de normas (Jessor, 1977; Dadds, et al., 2003). Otros datos longitudinales (Burns &

Walsh, 2002) revelaron que la hiperactividad en la niñez predecía síntomas de conducta disocial en la adolescencia.

El establecimiento de la agresión en una edad temprana parece ser un predictor del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como de manejar en estado de ebriedad y cometer con más frecuencia actos delictivos en la adolescencia y en la edad adulta (Farrington, 1991). Estos tipos de comportamiento también son frecuentes en niños con TDAH (Hinshaw, 1987). Burke, Loeber y Lahey (2001) encontraron que la agresión infantil predecía el consumo de alcohol y de otras drogas en los adolescentes; Nylander y cols (2002), plantearon que la agresividad en niños de 5 y 7 años predice el uso frecuente de drogas y que los niños con problemas de conducta tienen mayor probabilidad de consumir alcohol y otras drogas en la adolescencia. Como ya menciono, en diversos estudios se ha encontrado una relación entre los problemas de conducta en la infancia y el posterior consumo de sustancias y se ha encontrado una relación entre estas dos variables. Por lo que resulta muy importante realizar estudios de tipo longitudinal que nos ayuden a describir la relación entre estos dos problemas de salud, el presente trabajo nos ayuda a identificar si existe dicha relación y nos da paso para poder desarrollar estrategias de prevención del consumo de sustancias desde etapas tempranas.

Debido a que en el presente trabajo nos centramos en los problemas de conducta infantil como un factor asociado al consumo de sustancias es importante abordar a continuación cuales son los problemas de conducta infantil más frecuentes y la descripción de estos problemas.

Conducta infantil

Problemas de conducta infantil y su epidemiología

Los problemas de conducta infantil representan desde hace unos años y hasta la actualidad uno de los problemas más comunes por los que las familias acuden a tratamiento psicológico (Morales y Vázquez, 2011). Tales problemas se reproducen en diferentes entornos, tanto en el familiar, en la escuela y en el ámbito social, provocando a corto plazo consecuencias como un bajo rendimiento escolar, problemas con las autoridades y los pares, y a largo plazo problemas como deserción escolar, conducta delictiva o consumo de drogas (Ayala, 1994; Ayala et al., 2002; Frick & Jackson, 1993). Los problemas de conducta en niños y adolescentes abarcan un amplio rango de conductas, desde la más mínima pero significativa conducta oposicionista hasta las más serias formas de conducta antisocial (DSM-IV, 2013).

Se calcula que entre el 4 al 12% de la población infantil mundial ha padecido o padeció alguna vez en la vida un trastorno de conducta (Kratzer y Hodgins, 1997). En cuanto a la prevalencia de trastornos de conducta en niños de entre 5 y los 10 años se calcula que un 7.2% de los niños y un 3.2% de las niñas los ha padecido (Javaloyes y Redondo; 2001). En nuestro país se encontró que el 28.6% de las personas presentó alguna vez en la vida algún trastorno del comportamiento, siendo los más frecuentes en la infancia, la ansiedad de separación, el trastorno de atención, la fobia específica y el trastorno oposicionista-desafiante (Medina-Mora y cols; 2003). En particular, el trastorno oposicionista-desafiante ha registrado una prevalencia entre el 4 y el 7% (Javaloyes y Redondo; 2001). Esta problemática es de las principales causas de referencia a los distintos centros de atención (Nock, Kazdin, Hipiri & Kessler, 2006). En México se ha calculado que este padecimiento afecta al 1.5% de la población, mientras que entre el 2 y el 16% de la población mundial infantil lo padece (Medina-Mora y cols; 2003). Benjet (2009) ha reportado que el trastorno negativista desafiante se presenta en los niños con una prevalencia de 3.7% y que

el déficit de atención e hiperactividad con un 1.4%. En las niñas, el trastorno oposicionista-desafiante prevaleció en un 6.9%, mientras que el déficit de atención lo hizo en un 1.8%.

Se ha encontrado que los hombres presentan mayor prevalencia de trastornos del comportamiento infantil y otros trastornos en comparación con las mujeres. El 30.4% de los hombres adultos en México han presentado alguna vez en la vida algún trastorno de conducta en comparación con las mujeres (27.1%; Medina-Mora y cols; 2003).

Existen diversidad de comportamientos infantiles característicos de las primeras etapas del desarrollo humano, pero que ejercen funciones específicas en su ambiente cercano.

Descripción de problemas de conducta infantil

De acuerdo con el Diagnóstico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), el trastorno oposicionista desafiante, se caracteriza por comportamientos tales como los berrinches, la discusión con los adultos, las conductas oposicionistas a la obediencia de reglas, comportamientos para molestar a otras personas, enojos o irritación, conductas autoestimuladoras y/o agresión verbal (como groserías o insultos) y/o física (golpes, patadas, etc.). El DSM-IV señala que se trata de un patrón de conducta recurrente presentándose al menos durante 6 meses, La Organización Mundial de la Salud en el CIE-10, considera al oposicionismo desafiante como un sub tipo de trastorno disocial, con la excepción de que no cubre con el criterio de violación a los derechos de los demás y de las normas. Los niños con este trastorno pueden presentar también problemas como enuresis, encopresis, bajo rendimiento académico, baja tolerancia a la frustración entre otros.

Otro problema frecuente durante la niñez es el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad. En este trastorno la característica más relevante es un patrón de inatención e hiperactividad-impulsividad (DSM-IV, 2013), donde

los niños presentan dificultades para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, dificultades para seguir instrucciones, así como para terminar sus tareas o quehaceres o para organizar sus actividades. Estos niños también suelen interrumpir con frecuencia y se distraen con facilidad ante la presencia de estímulos extraños. La hiperactividad se presenta en conductas como correr por el salón o lugares donde se espera que permanezcan sentados, actuar como si tuvieran un motorcito, dificultades para esperar turnos, hablar en exceso así como dificultades para relacionarse con los demás de manera tranquila y ordenada. La hiperactividad se ha definido como un trastorno de atención, control de impulsos y que afecta a diversas áreas del funcionamiento del niño, ya que este tipo de niños suelen estar en actividad constante; presentan dificultades para relacionarse con los demás y problemas escolares que con frecuencia perduran a lo largo del tiempo (Barkley; 2008).

A menudo, los problemas de conducta infantil suelen presentarse de manera específica y con una gran variedad. Es decir, los niños pueden presentar características, tanto del problema oposicionista desafiante como de inatención e hiperactividad, a lo largo del tiempo. De la misma manera es importante saber que algunas características de estos problemas de conducta forman parte de las diversas etapas de desarrollo. Sin embargo, cuando ocurren de manera persistente y con mayor frecuencia en comparación con los niños de su misma edad, pueden causar problemas en diferentes áreas, como en la escolar, social, o familiar (DSM-IV, 2004).

Factores asociados a los problemas de conducta infantil

Resulta de interés primordial conocer los factores que se encuentran asociados con estos problemas de conducta. En la literatura del campo aplicado, se ha planteado que entre los factores de riesgo relacionados con la presencia de la conducta problemática infantil, se encuentran las características de los niños, las características de los padres, los factores contextuales involucrados y la

interacción entre el padre y el hijo (Barkley, 1998; Abidin; 1997; Ayala et al., 2002). De esta manera podemos decir que hay factores individuales, familiares y factores sociales.

Dentro de los factores individuales se encuentran las características propias del individuo, en este caso las del niño, tales como su temperamento, que el niño se muestre indiferente, irritable, hostil, que presente dificultades para relacionarse, dificultades cognitivas, etc.

Los factores familiares se refieren al entorno en el cual se desarrolla el niño; Si en la familia existe poca oportunidad de expresarse libremente, un ambiente poco cordial, carencia de límites, ausencia de reglas claras o una interacción poco afectiva, existe una alta probabilidad de observar conducta antisocial en los niños (Ayala et al., 2002).

En cuanto a los factores sociales, Cava, Murgui y Musitu (2008) indicaron que el ambiente externo en el cual se desarrollan los individuos, tales como la escuela o la comunidad, tiene relación con los problemas de conducta infantil. Por ejemplo, la deserción escolar, la relación con pares, el manejo del tiempo libre, la pobreza, los problemas con los vecinos, entre otros, son factores asociados a la incidencia de problemas de conducta infantil.

Patterson (1982) ya establecía que hay factores que se relacionan con la conducta antisocial infantil, tales como la enfermedad, la pobreza, el conflicto marital y el divorcio. Otros estudios, en esta misma línea, han encontrado relación entre el ambiente familiar y los problemas de conducta infantil. En México Ayala y sus colaboradores (2002), al analizar qué factores protectores o de riesgo se relacionaron con la conducta agresiva infantil observaron que los niños de las familias que tuvieron mayor organización, orientación a alcanzar metas, tendencia a la religiosidad, cohesión familiar y expresividad, mostraron menor conducta agresiva.

En otra investigación, Antolín, Oliva y Arraz (2009) señalaron que el conflicto familiar contribuye a que se desarrolle la conducta antisocial, encontrando que cuando no hay satisfacción en la pareja, cuando se presentan los problemas

maritales (Linville, et al., 2010) o un ambiente familiar pobre, existe mayor probabilidad de que ocurran los problemas de conducta infantil, como el problema negativista desafiante. Adicionalmente, Del Valle y sus colaboradores (2007) encontraron que la hostilidad y el rechazo, la baja comunicación con los hijos y el bajo apoyo de los padres hacia sus hijos predijeron problemas de conducta infantil.

Debido a la importancia de los problemas de conducta y a la relevancia que en la actualidad tiene el consumo de sustancias el objetivo del presente trabajo es conocer si existe una relación entre los problemas de conducta infantil y el posterior consumo de sustancias en una etapa adolescente.

MÉTODO

Es importante recordar que el presente estudio es un seguimiento llevado a cabo 10 años después de una comunidad del sur de la ciudad de México. En el primer momento del estudio el objetivo fue conocer la incidencia de problemas de conducta en la infancia, así como poder identificar los factores familiares asociados a estos problemas. En el segundo momento del estudio que se reporta en este trabajo, el objetivo como ya se menciono es conocer si existe relación entre los problemas de conducta infantil que se identificaron en el primer momento y el posterior consumo de sustancias.

Participantes

En la primera parte del estudio participaron en total 108 padres de familia de una comunidad al sur de la ciudad, que tenían la característica de tener un hijo menor de 12 años, la muestra estuvo conformada por 100 madres (92.6%) y 8 padres (7.4%). De acuerdo a la información que otorgaron los padres, el 47.2% de los hijos fueron niñas y el 52.8% niños, con un promedio de 7 años de edad, los padres fueron seleccionados de acuerdo a esta característica y a aquellos que accedieron a participar. Es importante mencionar que en este estudio no se presentan los datos de los 108 padres, únicamente se presentan los datos de esta etapa del estudio de los 23 padres que participaron en este seguimiento a 10 años.

En la segunda etapa del estudio participaron 23 padres de familia de la muestra original de los cuales el 4.3% eran padres y 91.3% eran madres, la edad promedio de los padres fue de 45 años y la ocupación más frecuente entre los padres fue dedicarse al hogar. En la segunda parte del estudio se entrevistó también a los adolescentes, pero la participación era voluntaria debido a ello solo aceptaron participar 21 adolescentes: 52.2% hombres y 47.8% mujeres, la media de edad fue de 17 años.

Instrumentos

En la primera etapa del estudio se aplicó únicamente a los padres la *Entrevista Conductual Infantil* (Morales, 2001), la cual evalúa datos de identificación, nivel socioeconómico y nos permite evaluar las conductas de inatención, oposicionista desafiante e hiperactividad mediante los criterios diagnósticos del DSM-IV (2004). También se aplicó la escala de *Índice de Estrés en la Crianza* (traducción y adaptación de Ortiz y Ayala 1996) que sirve para identificar las áreas estresantes de la disciplina paterna y la conducta del niño y se aplicó también el *Inventario de Prácticas Disciplinarias*, este instrumento se basa en el Review for Parent Inadequate Discipline (PIDE), evalúa la disciplina de los padres en relación con el cuidado de sus hijos. Para este estudio solo se empleó la información de la Entrevista Conductual Infantil de esta primera parte del estudio, A continuación se describen los instrumentos empleados en la segunda etapa del estudio.

Se aplicó una entrevista a los padres y una entrevista e instrumentos de medición del consumo de sustancias a los adolescentes de manera independiente.

Entrevista a padres. Entrevista semi-estructurada con 52 reactivos de aplicación individualizada. Explora diversas áreas de vida del adolescente como problemas de conducta, nivel económico, percepción de problemas en la comunidad, salud y consumo de sustancias.

Entrevista a los adolescentes. Entrevista abierta de 50 preguntas que exploran al igual que la entrevista a padres diversas áreas de vida del adolescente, tales como: nivel socioeconómico, percepción de problemas en la comunidad, sexualidad, área laboral, escolar y consumo de sustancias.

ASS/ST: (OMS, 1997) Es una prueba de tamizaje para identificar el riesgo de consumo de sustancias y el tipo de intervención que requiere de acuerdo al riesgo de consumo, es una prueba que consta de 8 preguntas las cuales tienen una puntuación numérica, de acuerdo a la puntuación obtenida se clasifica el nivel de riesgo en bajo, moderado y severo, lo cual al mismo tiempo determina ubica el tipo

de intervención que se otorgara. En el nivel de riesgo, bajo las personas tienen poco riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias, y no presentan problemas actuales con el consumo que presentan. Los usuarios de riesgo moderado pueden estar presentando problemas de salud o de algún otro tipo debido a su consumo de sustancias y presentan el riesgo de poder desarrollar una dependencia a la sustancia. El riesgo alto sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia a la sustancia y muy probablemente problemas en diferentes áreas, salud, sociales, económicos, legales y en relaciones personales a consecuencia de su consumo de sustancia. Un estudio realizado por Linage y Lucio (en prensa) mostró que el instrumento tiene validez concurrente constatado por correlaciones significativas entre los puntajes del ASSIST y los puntajes de otras pruebas como el AUDIT ($r=.50$), Fagerström ($r=.61$) y DAST-10 ($r=.30$) (que serán descritas posteriormente). La prueba presentó estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclase (ICC) aceptables y estadísticamente significativos, en un rango de .20 al .84.

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1982) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Consta de 10 reactivos con cuatro opciones de respuesta, para calificarlo se suman los puntajes y de acuerdo al puntaje obtenido se ubica al usuario en un nivel de consumo bajo, moderado o perjudicial. En las muestras de desarrollo del test, un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. Diversos estudios han reportado una confiabilidad mayor al 86% (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, Maristela & Monteiro, 2001).

Fagerström. Diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), fue publicada en 1978. Con posterioridad, en 1991, tiene un coeficiente de confiabilidad test-re test de .88, consta de 14 preguntas con

diferentes opciones de respuesta, para calificar se suman los reactivos y se determina el nivel de dependencia que puede ser de baja, media o alta.

POSIT: Fue elaborado por el National Institute on Drug Abuse en 1991, con la finalidad de detectar problemas específicos de los jóvenes que usan-abusan de las drogas, el POSIT consta de 139 reactivos con opciones de respuestas dicotómicas, que evalúan 10 áreas de funcionamiento de vida de los adolescentes: uso y abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delincuencia. Para este trabajo solo se empleó el área de consumo de sustancias que consta de 19 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas, cuenta con un alpha de .9057. El objetivo de este cuestionario es identificar a los adolescentes que han presentado diferentes problemas asociados a su consumo y brindarles la atención pertinente.

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD 20): Este instrumento fue desarrollado por Skinner (1982) y en el 2001 fue adaptado por Fuentes y Villalpando. Está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas, la forma de calificación es sumar las respuesta afirmativas y en los reactivos 4 y 5 se invierten los puntajes, de acuerdo a la puntuación puede agruparse en las categorías de sin dependencia, dependencia leve y dependencia severa, el instrumento cuenta con un nivel de confiabilidad de .86.

Procedimiento

El estudio se llevo a cabo mediante el levantamiento de datos longitudinales en dos momentos diferentes, la primera parte se llevo a cabo en el 2002 y el seguimiento se realizo 10 años después en la misma población con participantes de la misma muestra.

En el primer momento se realizaron mapeos ecológicos sociales para determinar los límites de la comunidad estudiada (Ayala y Vázquez, 2001), se hizo un mapa de la comunidad y se contactó al líder de la comunidad para realizar la evaluación diagnostica comunitaria. De esta forma se eligió aleatoriamente a los

108 participantes que conformaron la muestra y que tenían la característica de tener hijos menores de 12 años. Posteriormente se llevo a cabo la aplicación de la entrevista e instrumentos en cada casa en tres sesiones por familia. En la primera sesión se aplicó la entrevista a padres a uno solo de los cuidadores, con una duración de 120 minutos. En las dos sesiones restantes se aplicaron instrumentos para la evaluación del ambiente familiar, el nivel de estrés en la crianza y los comportamientos de interacción familiar (variables que no se reportan en el actual estudio), de esta etapa del estudio únicamente se utilizó la información de la entrevista referente a los problemas de conducta infantil.

En el segundo momento del estudio que se llevo a cabo diez años después, se contactó nuevamente al líder de la comunidad para solicitarle su apoyo, se realizó un mapa de la comunidad y se ubicaron las direcciones de los participantes del primer momento. Posteriormente se recorrió casa por casa para invitarlos a participar en esta etapa de seguimiento del estudio.

Se programó la primera cita con los padres al momento de aceptar participar. Durante la sesión de evaluación se realizó la entrevista a padres con una duración de 120 minutos y se les entregó una carta de consentimiento de participación.

Se programó la segunda cita con los adolescentes, donde el procedimiento fue similar. A aquellos que accedieron a participar, se les entregó la carta consentimiento de participación, posteriormente se aplicó la entrevista, con duración aproximada de 45 minutos, y el cuestionario de tamizaje ASSIST. De acuerdo a las sustancias que los adolescentes reportaron haber consumido alguna vez en la vida en el ASSIST, se continuó con la aplicación de los cuestionarios de evaluación de consumo de sustancias: AUDIT, Fargeström, POSIT y CAD-20. La sesión tuvo una duración entre 60 y 120 minutos. Al finalizar la aplicación de los instrumentos se otorgó consejo breve a los adolescentes que reportaron consumo.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de este trabajo. En primer lugar se presenta la descripción de los problemas de conducta específicos y de los trastornos oposicionista desafiante, por déficit de atención y de hiperactividad correspondientes a la primera parte del estudio, es decir en la primera etapa de recolección de datos. En segundo lugar, se muestran los datos de consumo en el segundo momento del levantamiento de la información (10 años después) reportado por los padres y adolescentes. Finalmente, se presentan los resultados asociados con la posible relación entre los problemas de conducta infantil y el consumo de sustancias en la adolescencia.

Es importante recordar que los problemas de conducta reportados por los padres se presentan con base a la propia percepción del adulto; y que no se refiere a ningún diagnóstico médico. Las conductas corresponden a los trastornos oposicionista desafiante, hiperactividad e inatención de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV y con base a estos criterios es que se identificó a los niños y niñas que presentaron o no tendencia a presentar este problema de conducta.

En la figura 1, se muestran los porcentajes de incidencia de conducta oposicionista desafiante en los 23 niños de la muestra. Los porcentajes que reportaron los padres para las conductas de este problema son; berrinches: 87%, se opone o se niega a obedecer a las peticiones dadas por los adultos: 82.6%, discute con los adultos: 78.3%, es muy enojón o resentido: 78.3%, fácilmente se irrita: 69.6%, muestra agresión física: 56.5%, culpa a otros por sus errores o mala conducta: 52.2%, molesta a la gente: 43.5%, es vengativo: 34.8%, muestra agresión verbal: 34.8%, muestra conductas auto destructivas: 30.4% y muestra conductas auto estimuladoras: 26.1%.



Figura 1. Representa el porcentaje de problemas de conducta relacionados con el trastorno oposicionista desafiante reportado por los padres.

La figura 2 muestra los porcentajes de reporte de conductas relacionadas con el trastorno por déficit de atención. Como se observa estos son más bajos en comparación a los problemas de conducta oposicionista; Las incidencias reportadas mostraron los siguientes porcentajes. Fácilmente se distrae con estímulos extraños: 65.2%, dificultad para motivarlo: 56.5%, fallas en poner atención a detalles o comete errores por descuido: 52.2%, dificultad en mantener la atención en tareas, frecuentemente no parece escuchar cuando le hablan directamente y frecuentemente pierde cosas necesarias para sus actividades: 47.8% respectivamente, olvida cosas en actividades diarias: 30.4%, no sigue instrucciones o fracasa en terminar el trabajo escolar, sin control de esfínter y frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas o actividades: 26.1%.

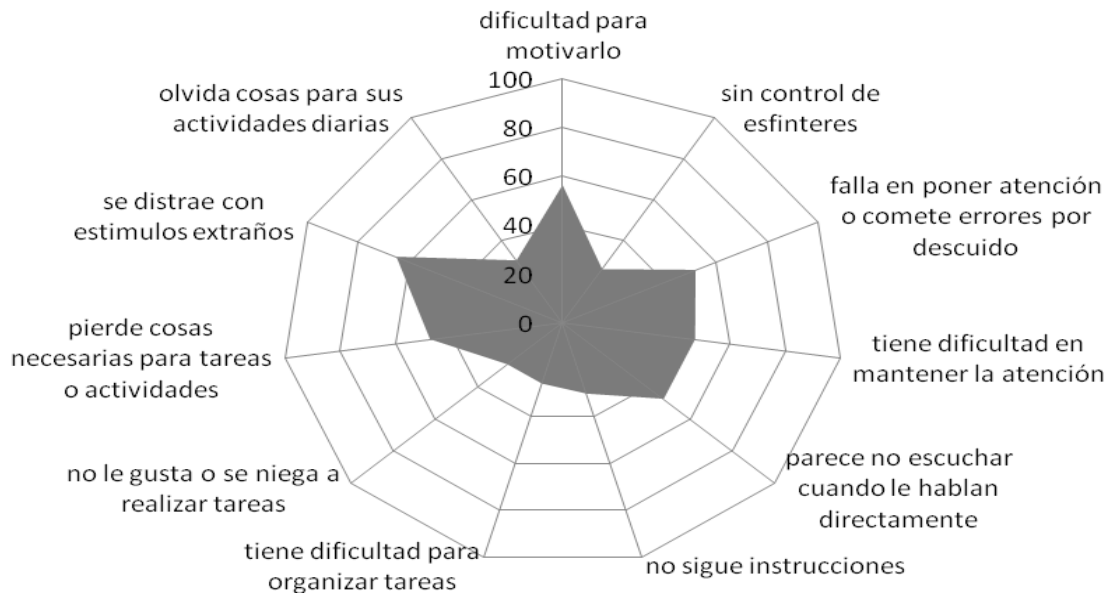


Figura 2. Representa el porcentaje de problemas de conductas relacionadas con el déficit de atención reportado por los padres.

La figura 3 muestra las incidencias para las conductas relacionadas con la hiperactividad que los padres reportaron. Al igual que los problemas de inatención se presentaron en menor porcentaje a diferencia de los problemas de oposición. Los porcentajes para estas conductas problemas fueron los siguientes. Habla en exceso: 60.9%, frecuentemente da respuestas antes de que terminen de preguntarle: 60.9%, frecuentemente interrumpe a otros: 56.5%, frecuentemente agita sus manos o pies y se retuerce en su asiento: 52.2%, frecuentemente se levanta en el salón o en otras situaciones donde se espera permanezca sentado: 52.2%, frecuentemente esta en actividad constante: 52.2%, tiene dificultad para esperar su turno: 43.5%, frecuentemente corre o se trepa en lugares donde es inapropiado hacerlo: 39.1% y tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades de manera tranquila: 39.1%.



Figura 3. Representa el porcentaje de problemas de conducta relacionadas con la Hiperactividad reportado por los padres.

Con la finalidad de identificar el porcentaje de padres que reportaron comportamientos problemáticos en sus niños contra aquellos que no lo hicieron, se agruparon aquellas familias cuyos niños podían ser catalogados como “con problemas” y “sin problemas” de acuerdo a la lista de criterios diagnósticos del DSM-IV y es importante mencionar que los problemas reportados no son excluyentes, es decir un mismo niño podía pertenecer a los tres trastornos reportados. Las figuras 4, 5 y 6 muestran los porcentajes de familias de acuerdo a la clasificación, para los tres trastornos presentados por estos 23 niños.



Figura 4. Representa la proporción de niños que presentan cuatro problemas o más característicos del trastorno oposicionista desafiante.

Como se muestra en la figura 4, el 43% de los niños presentaron problemas de conducta de tipo oposicionista, mientras que el 57% no parecían tener problemas de este tipo. En la figura 5 se puede ver que es mayor el porcentaje de niños que presentan problemas de inatención: 78%, en comparación con solo el 22% de los niños que no presentan este tipo de problemas.

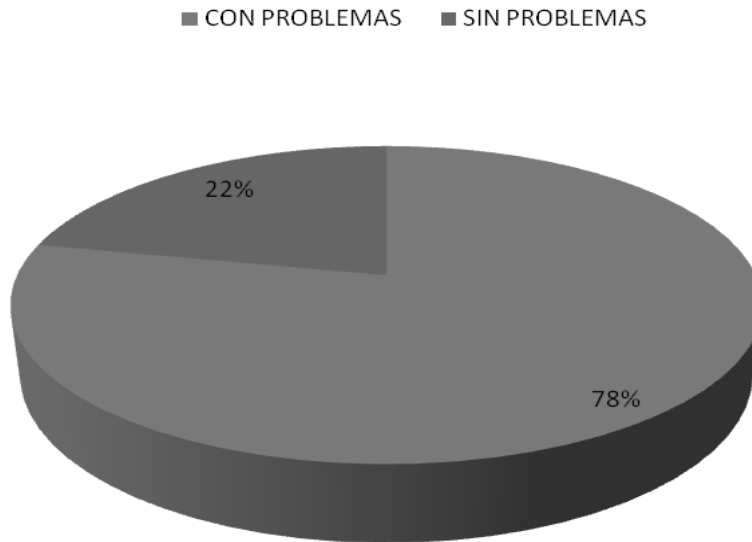


Figura 5. Representa la proporción de niños que presentaron seis problemas de conducta o más contra aquellos que no presentaron problemas de conducta relacionados con el déficit de atención.

Finalmente sobre los problemas de hiperactividad, en la Figura 6 se puede observar que la proporción de niños que presentaron problemas de conducta fue similar a la de los niños que no presentaron este tipo de problemas de conducta, 43% y 57% respectivamente.



Figura 6. Representa la proporción de niños que presentaron seis problemas de conducta o más y aquellos que no presentaron problemas de conducta relacionadas con la hiperactividad.

A continuación se describen los resultados de la segunda parte del estudio. En la figura 7, se representa el porcentaje de padres que reportaron haber consumido alguna sustancia (47.8%) contra los que reportaron no haber consumido ninguna (43.5%); así como el porcentaje de ellos que reportaron que sus esposos consumen alguna sustancia (60.9%) contra aquellos que reportaron que sus esposos no consumen ninguna (21.7%). La principal sustancia consumida reportada por los padres fue el alcohol de una manera ocasional (34.8% lo reportaron), seguida por el consumo de tabaco (13%).

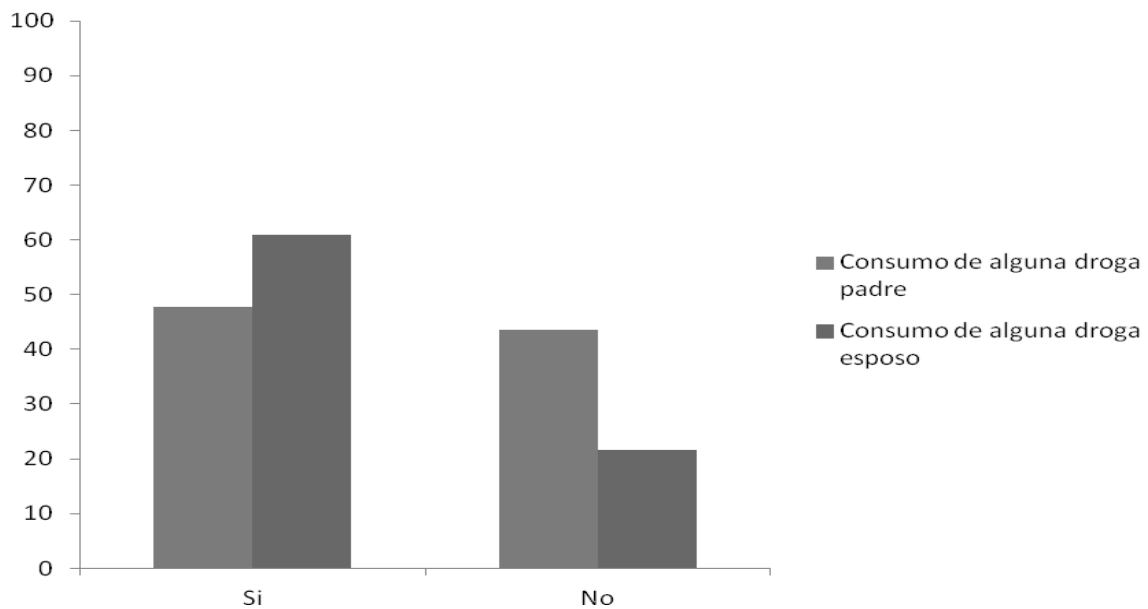


Figura 7. Representa los porcentajes de padres entrevistados que reportaron el consumo de alguna droga.

En la figura 8 se representa el porcentaje de padres que reportaron si sus hijos consumen, por el tipo de sustancia señalada. El 56.5% reportaron que su hijo consume alcohol, el 13% que sus hijos consumen tabaco, el 8.7% que sus adolescentes consumen marihuana y el 8.7% que consumen inhalables. Los padres no reportaron otras sustancias de consumo.

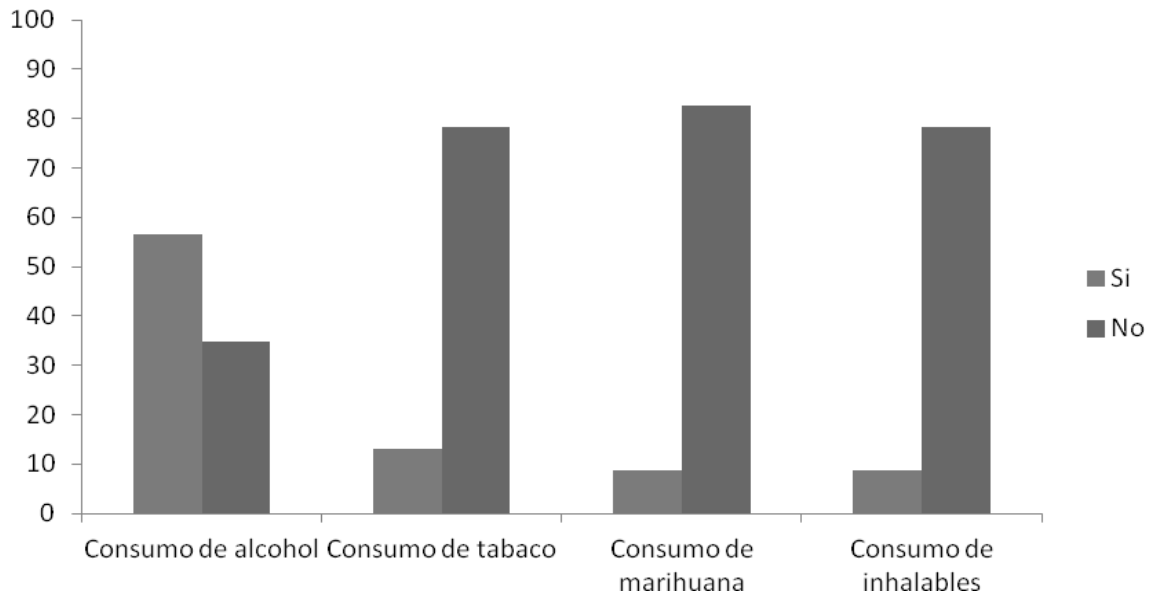


Figura 8. Representa el porcentaje de padres que reportó consumo de drogas en sus adolescentes, por tipo de sustancia señalada.

En la figura 9, se representa el porcentaje de adolescentes que reportaron consumo de alguna droga por parte de sus padres. El 73.9% de ellos reportaron que sus padres consumían alguna droga, mientras que el 52.2% de ellos reportaron consumo por parte de su madre. La sustancia que reportan con mayor porcentaje de consumo, por parte de su padre y madre, es el alcohol con un 60.9% y 43.5%, respectivamente.

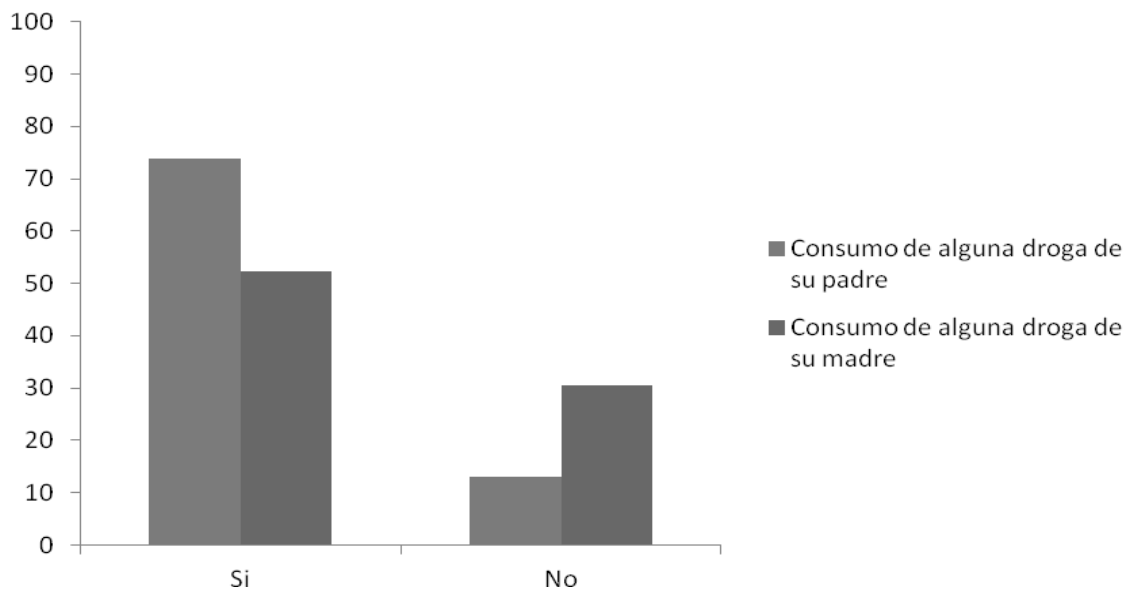


Figura 9. Representa el porcentaje de adolescentes que reportaron consumo de sustancias por parte de sus padres.

En cuanto a su propio consumo los adolescentes reportaron los siguientes porcentajes de consumo, como se observa en la figura 10. El 82.6% de los adolescentes reportaron consumir alcohol, el 43.5% reportó consumir tabaco, el 8.7% reportó haber consumido marihuana y 4.3% inhalables. Esta última sustancia fue reportada en menor porcentaje comparándola con la información de los padres.

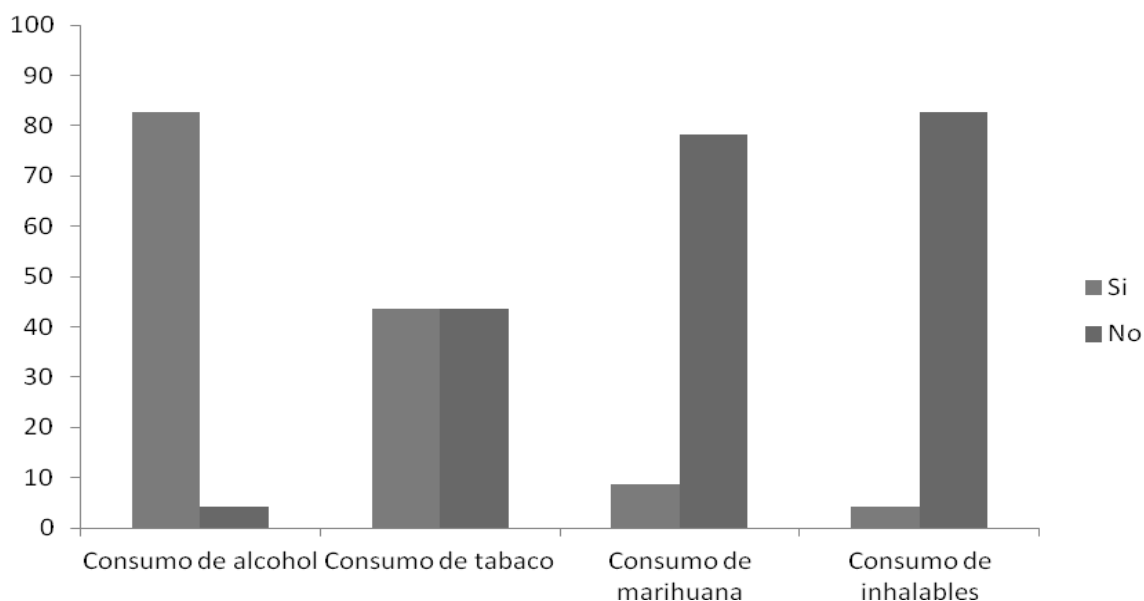


Figura 10. Representa el porcentaje de adolescentes que reportaron haber consumido drogas por tipo de sustancia indicada.

Sobre la frecuencia de consumo en el último año para las sustancias reportadas, en la figura 11 se muestra que los padres reportaron, para el consumo de alcohol, porcentajes mas altos en el consumo de 1 a 3 veces al año y de 4 a 6 veces al año con 17.4%; mientras que los adolescentes reportaron en un 30% el consumo de 1 a 3 veces al año, 21.7% una vez al año.

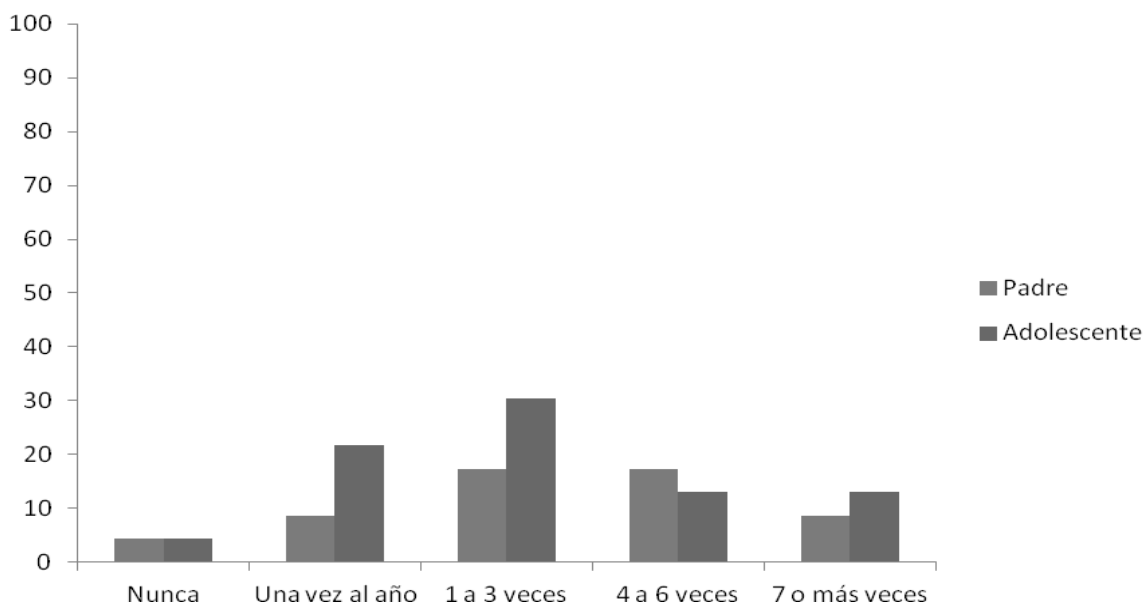


Figura 11. Representa la frecuencia de consumo de alcohol en el ultimo año reportada por padres y adolescentes.

Para esta misma sustancia, el alcohol, la frecuencia de consumo al mes, reportada por parte de los padres fue de 21.7% para nunca, como se muestra en la Figura 12. El 39.1% de los adolescentes, por su parte, reportaron que haber consumido alcohol una vez en el último mes y el 26.1% que nunca consumió en el último mes.

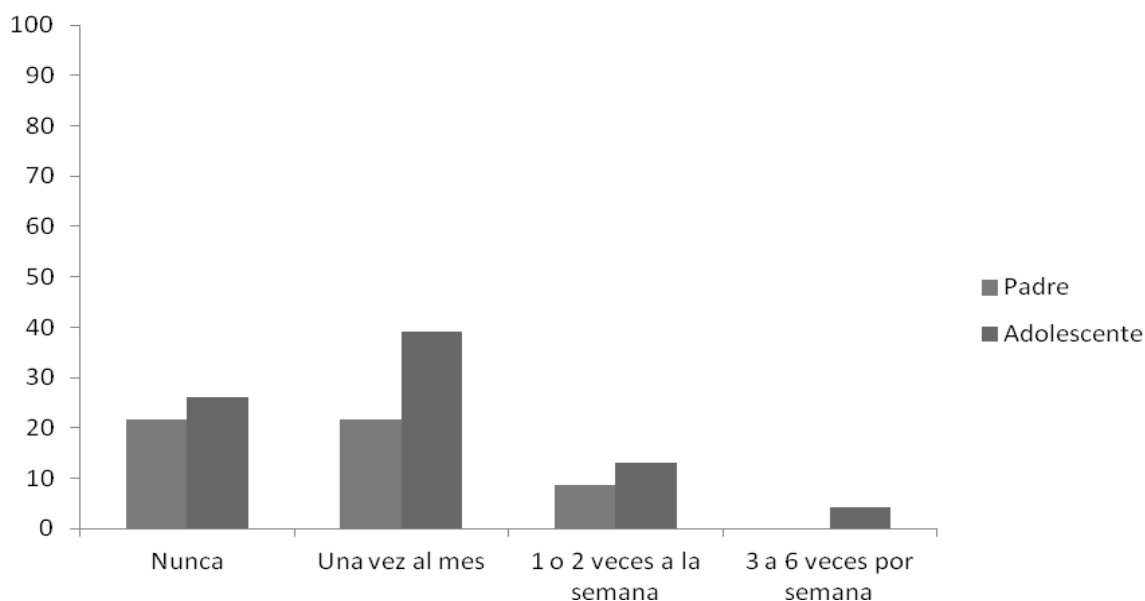


Figura 12. Representa la frecuencia de consumo de alcohol en el ultimo mes reportada por los padres y adolescentes participantes.

En cuanto al consumo de tabaco los padres reportaron que en el ultimo año la frecuencia de consumo de sus hijos fue nunca (4.3%), 4 a 6 veces al año (4.3%) y de 7 o mas veces al año (4.3%). Pero el 17.4% sí de los adolescentes si reportaron que en el ultimo año no fumo nunca, el 13% fumo 7 o mas veces al año, el 8.7% fumo de 1 a 3 veces al año y solo un 4.3% fumo de 4 a 6 veces al año.

En cuanto a la frecuencia de consumo al mes, el 26.1% de los adolescentes reportaron ningún consumo, el 8.7% que fumó una vez al mes, de 1 a 2 veces a la semana y el 4.3% diariamente. El 8.7% de padres reportaron que su hijo no en el último mes y el 4.3% que lo hizo una vez.

En cuanto al consumo de marihuana, en el ultimo año, el 4.3% de los adolescentes reportaron que han consumido una vez al año y de 1 a 3 veces al año. Sobre el consumo al mes, los adolescentes reportaron que nunca han fumado. Los padres reportaron, en cuanto a esta sustancia, un consumo al año igual al reportado por los adolescentes lo mismo ocurrió para los inhalables.

En la figura 13 se representan los porcentajes de consumo de alcohol de los adolescentes, reportados por los padres y por ellos mismos. El 34.8% de los padres mencionaron que sus hijos consumían 1 a 3 copas por ocasión de consumo, mientras que el 56.5% de los adolescents reportaron esta misma cantidad. El 13% de los padres reportaron un consumo de 4 a 6 copas por ocasión. En cuanto al tabaco, el 30.4% de los adolescents reportó fumarse 1 a 3 cigarrillos por ocasión de consumo.

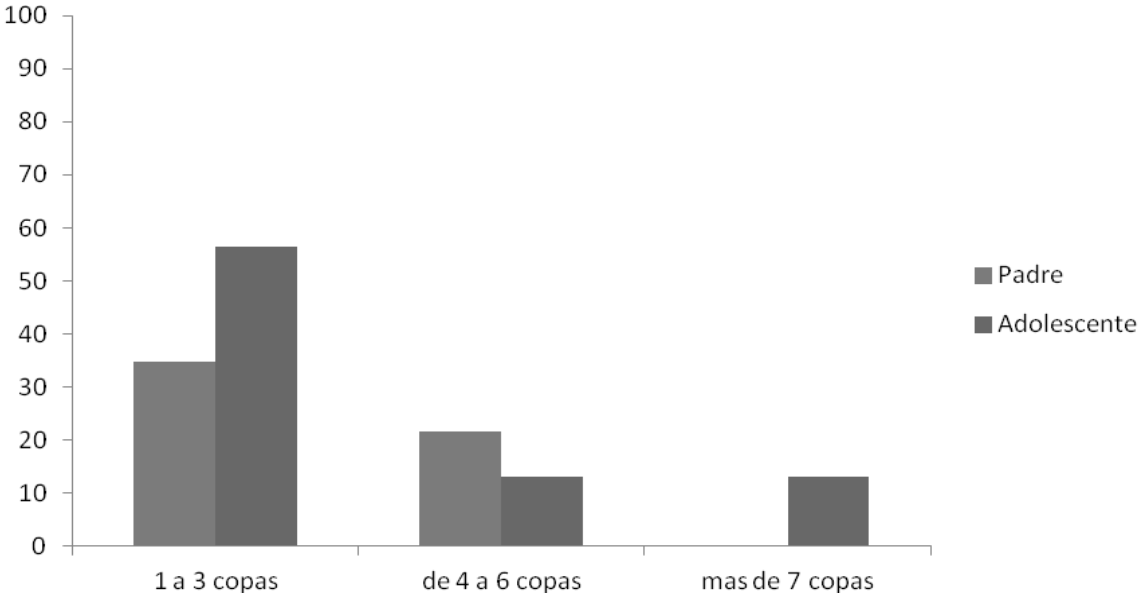


Figura 13. Representa los porcentajes de padres y adolescenetes que reportaron cantidad de consumo de alcohol por ocasión.

Con relación a la edad de inicio, se encontraron diferencias entre lo reportado por los padres y lo mencionado por los adolescentes, pues la edad de inicio del consumo de alcohol que los padres indicaron que fue a los 17 años (21.7%) y 15 años (17.4%); Mientras que los adolescents reportaron en un 21.7% que iniciaron el consumo de alcohol a los 13 años. Para el consumo de tabaco coinciden en que la edad de inicio fue a los 17 años (8.7% para los padres y 17.4% para los adolescents). Para el consumo de marihuana e inhalables también coinciden en la edad de inicio que se ubica a los 17 años para la marihuana y 16 para inhalables.

En cuanto a los niveles de consumo, se encontró que el 56.5% de los adolescentes se ubicaron en un bajo riesgo en el consumo de alcohol, un 17.4% en riesgo moderado y un 4.3% en riesgo alto de acuerdo con la aplicación del ASSIST (Ver figura 14).

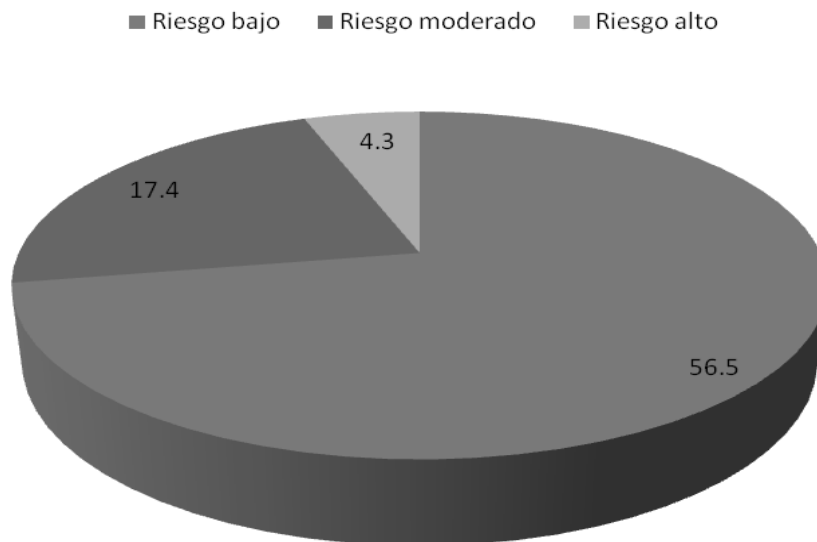


Figura 14. Representa el nivel de riesgo por el consumo de alcohol, evaluado en los adolescentes a través del ASSIST.

En la figura 15 se muestran los niveles de riesgo para el consumo de tabaco. El 21.7% presentó un riesgo bajo de consumo de tabaco y el 17.4% un consumo moderado. El nivel de riesgo para el consumo de marihuana fue de 4.3% para riesgo bajo y moderado. En el caso de los inhalables, se encontró un riesgo bajo en el 4.3% de los adolescentes (acorde con el ASSIST).

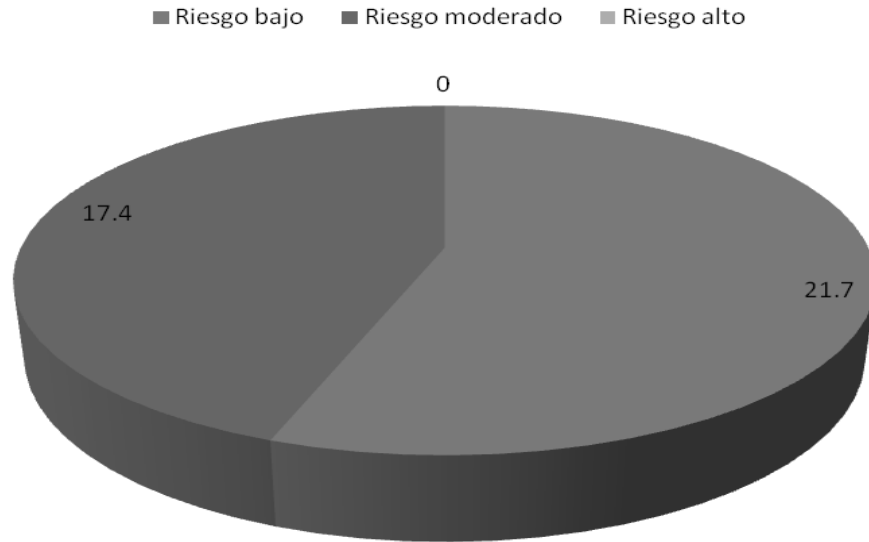


Figura 15. Representa el nivel de riesgo para el consumo de tabaco evaluado en los adolescentes a través del ASSIST.

Los resultados del AUDIT nos indican que un 65.2% de los adolescentes presentaron un consumo bajo de alcohol, que un 8.7% presentó un consumo de riesgo y solo el 4.3% un consumo perjudicial, como se presenta en la figura 16.

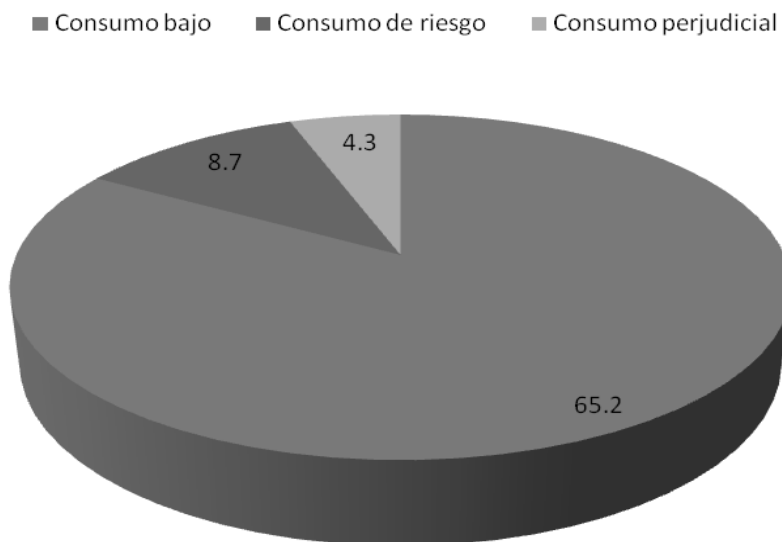


Figura 16. Representa el nivel de consumo de alcohol evaluado en los adolescentes con el AUDIT.

En cuanto al consumo de tabaco, el 21.7% de los adolescentes que reportaron fumar presentaron una dependencia baja. Finalmente, en cuanto los resultados del POSIT podemos observar que de los adolescentes que consumen alguna otra droga, el 4.3% presentan un nivel bajo y el 4.3% un nivel moderado de riesgo.

A continuación se describen los resultados de la evaluación entre los problemas de conducta en la infancia y su posible relación con el consumo de sustancias en la adolescencia, para lo cual primero se hizo un análisis de χ^2 . En la tabla 1 se presenta la cantidad de niños con problemas de conducta por déficit de atención que consumen alcohol.

Tabla 1. Muestra el análisis de χ^2 para conducta de inatención y consumo de alcohol.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN CONSUMIDO ALCOHOL	NO HAN CONSUMIDO ALCOHOL	χ^2	P
DÉFICIT DE ATENCION	SI	14	1	0.351	0.554
	NO	5	0		

Como se observa en la tabla uno, existe una mayor distribución de aquellos adolescentes que presentaron problemas de conducta por déficit de atención durante la infancia, que reportaron consumo de alcohol en la actualidad. No obstante, cinco adolescentes sin problemas de inatención en la niñez también reportaron haber consumido alcohol; sin embargo, no existen diferencias significativas de estas aparentes relaciones ($\chi^2=0.351$; $p= 0.554$).

En la tabla 2 se observa la cantidad de adolescentes que han consumido tabaco y que durante la infancia presentaron estos problemas de conducta, para los problemas por déficit de atención. Solo 7 adolescentes que presentaron problemas de este tipo en la infancia han consumido tabaco y 8 no lo han consumido. De los niños que no presentaron problemas de inatención en la infancia 3 de ellos han consumido tabaco en la etapa adolescente y 2 no lo han

consumido. El valor de χ^2 nos indica que tampoco entre este problema de conducta y el consumo de tabaco hay una relación ($\chi^2= 0.267$, $p=0.606$).

Tabla 2. Muestra el Analisis de χ^2 para conducta por déficit de atención y consumo de tabaco

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN CONSUMIDO		NO HAN CONSUMIDO		χ^2	p
		TABACO		TABACO			
DÉFICIT DE ATENCION	SI	7	8				
	NO	3	2	0.267	0.606		

En las tablas 3 y 4 se presenta el analisis de χ^2 para los problemas por déficit de atención y las sustancias marihuana e inhalables, se observa que de acuerdo al valor de χ^2 ($\chi^2=0.741$, $p=0.389$) para marihuana y ($\chi^2=0.351$, $p=0.554$) para inhalables, tampoco se obtuvieron diferencias significativas que indicaran relación entre este problema de conducta y el consumo de marihuana e inhalables en la adolescencia. Sin embargo es importante mencionar que los dos adolescentes que reportaron consumo de estas sustancias son los que presentaron problemas de por déficit de atención en la infancia.

Tabla 3. Muestra el análisis de χ^2 para conducta de inatención y consumo de marihuana

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN CONSUMIDO		NO HAN CONSUMIDO		χ^2	p
		MARIHUANA		MARIHUANA			
DÉFICIT DE ATENCION	SI	2	13				
	NO	0	5	0.741	0.389		

Tabla 4. Analisis de χ^2 para conducta de inatención y consumo de inhalables.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN CONSUMIDO		NO HAN CONSUMIDO		χ^2	p
		INHALABLES		INHALABLES			
DÉFICIT DE ATENCION	SI	1	14				
	NO	0	5	0.351	0.554		

Sobre el análisis de χ^2 para los problemas de conducta de oposición y el consumo de alcohol, se observa en la tabla 5 que son más los adolescentes que no tenían problemas de este tipo, los que han consumido alcohol contra 8 adolescentes que presentaban problemas de conducta opositora en la niñez y han consumido alcohol.

Tabla 5. Muestra el análisis de χ^2 para conducta de oposición y consumo de alcohol.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN CONSUMIDO ALCOHOL		χ^2	p
		ALCOHOL	NO HAN CONSUMIDO ALCOHOL		
OPOSICIONISTA	SI	8	0	0.702	0.402
	NO	11	1		

En la tabla 6 podemos observar el análisis de χ^2 para este mismo tipo de problemas de conducta pero con el consumo de tabaco se observa que al igual que ocurrió con el consumo de alcohol en los adolescentes que tenían problemas de oposición, son más los adolescentes que han consumido tabaco y que no tenían problemas de oposición, pero esta relación no es significativa.

Tabla 6. Muestra el análisis de χ^2 para conducta de oposición y consumo de tabaco.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN CONSUMIDO TABACO		NO HAN CONSUMIDO TABACO	
		TABACO	TABACO	TABACO	TABACO
OPOSICIONISTA	SI	4	4	0	1
	NO	6	6		

En la tabla 7 se muestran los datos del análisis de χ^2 para este mismo trastorno de conducta y el consumo de marihuana. Igual que ocurrió para los problemas de inatención los únicos dos adolescentes que presentaron consumo de esta sustancia habían presentado en la infancia problemas de conducta opositora.

Tabla 7. Analisis de χ^2 para conducta de oposición y consumo de marihuana.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN	NO HAN	χ^2	p
		CONSUMIDO MARIHUANA	CONSUMIDO MARIHUANA		
OPOSICIONISTA	SI	2	6	3.333	0.068
	NO	0	12		

En cuanto a este trastorno y el consumo de inhalables se observa en la tabla 8 que los adolescentes que no han consumido inhalables en su mayoría no presentaban este problema de conducta en la infancia, y que el adolescente que reporta haber consumido esta sustancia sí presentó en su infancia problemas de oposición aunque es importante mencionar que los datos no son significativos pues los casos encontrados son muy pocos.

Tabla 8. Analisis de χ^2 para conducta de oposicion y consumo de inhalables.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN	NO HAN	χ^2	p
		CONSUMIDO INHALABLES	CONSUMIDO INHALABLES		
OPOSICIONISTA	SI	1	7	1.57	0.209
	NO	0	12		

En cuanto al consumo de alcohol en los adolescentes que presentaron problemas de hiperactividad en la niñez los analisis de χ^2 nos indican que no existe relación entre este problema de conducta y el consumo de alguna droga en la adolescencia. En la tabla 9 se puede observar que al igual que en los problemas de oposición, son más los adolescentes que han consumido alcohol y que no presentaban en la infancia problemas de hiperactividad.

Tabla 9. Analisis de χ^2 para conducta de hiperactividad y consumo de alcohol.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN	NO HAN	χ^2	p
		CONSUMIDO	CONSUMIDO		
		ALCOHOL	ALCOHOL		
HIPERACTIVIDAD	SI	8	0	0.702	0.402
	NO	11	1		

En la tabla 10 se observa que es igual el número de adolescentes que ha consumido tabaco y que presentaba o no este problema de conducta, sin embargo si son más los adolescentes que no han consumido tabaco y que en la infancia no tenían problemas de hiperactividad.

Tabla 10. Analisis de χ^2 para conducta de hiperactividad y consumo de tabaco.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN	NO HAN	χ^2	p
		CONSUMIDO	CONSUMIDO		
		TABACO	TABACO		
HIPERACTIVIDAD	SI	5	3	0.833	0.361
	NO	5	7		

En cuanto al consumo de marihuana e inhalables se observa que los adolescentes que presentaban este consumo tenían problemas de hiperactividad cuando eran niños, tal como se muestra en la tabla 11 y 12.

Tabla 11. Analisis de χ^2 para conducta de hiperactividad y consumo de marihuana.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN	NO HAN	χ^2	p
		CONSUMIDO	CONSUMIDO		
		MARIHUANA	MARIHUANA		
HIPERACTIVIDAD	SI	2	6	3.333	0.068
	NO	0	12		

Tabla 12. Analisis de χ^2 para conducta de hiperactividad y consumo de inhalables.

PROBLEMA DE CONDUCTA		SI HAN	NO HAN	χ^2	p
		CONSUMIDO INHALABLES	CONSUMIDO INHALABLES		
HIPERACTIVIDAD	SI	1	7	1.579	0.209
	NO	0	12		

Es importante mencionar con respecto a estos analisis que en algunos casos se tienen muy pocos participantes en esa categoria, esto hace que la prueba sea poco confiable y que debido a ello el valor de la χ^2 no nos refleje una relación entre las variables de estudio, sin embargo esto no quiere decir que no exista relación pues como se observa en los datos se muestra una tendencia clara entre los problemas de conducta y el posterior consumo de sustancias. Estos datos tambien nos dejan claro que es necesario en siguientes trabajos ampliar el número de la muestra para poder confirmar esta tendencia a progresar el comportamiento.

Finalmente, se realizaron analisis de correlación para identificar si los problemas de conducta en la infancia se relacionan con el consumo de sustancias durante la adolescencia, las correlaciones se llevaron a acabo para cada uno de los problemas de conducta con el nivel de riesgo y de consumo para cada una de las sustancias.

Sobre el nivel de riesgo de las sustancias se encontró que para el alcohol resultó ser significativa esta correlación para los tres tipos de problemas de conducta. Es decir los adolescentes que presentaban problemas de conducta oposicionista presentaron mayor riesgo de consumir alcohol ($r=0.6$, $p=0.008$); los adolescentes que habian presentado problemas de conducta de inatención tambien presentaron un puntaje de riesgo para alcohol en la adolescencia ($r=0.565$ $p=0.014$); y lo mismo ocurrió para los problemas de hiperactividad ($r=0.56$, $P=0.016$); tal como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. Analisis de correlación entre problemas de conducta y riesgo de alcohol.

PUNTAJE DE RIESGO PARA ALCOHOL		
PROBLEMAS DE CONDUCTA	r de Spearman	Sig.
OPOSICIONISTA	0.6	0.008*
DÉFICIT DE ATENCIÓN	0.565	0.014*
HIPERACTIVIDAD	0.56	.016*

En la tabla 14 se muestra, ahora, el analisis de correlación entre los tres diferentes problemas de conducta y el riesgo de consumo de tabaco, se observa que solo existe relación entre los problemas de conducta hiperactiva y el consumo de esta sustancia ($r= 0.87$, $p=0.002$); Es decir, el que se presenten problemas de hiperactividad en la infancia se relaciona con que en la etapa adolescente se consuma tabaco. Sin embargo no ocurre de la misma manera con los otros dos problemas de conducta.

Tabla 14. Analisis de correlación entre problemas de conducta y riesgo de tabaco.

PUNTAJE DE RIESGO PARA TABACO		
PROBLEMAS DE CONDUCTA	r de Spearman	Sig.
OPOSICIONISTA	1	0.352
INATENCIÓN	0.478	1
HIPERACTIVIDAD	0.87	.002*

En cuanto a la relación entre el nivel de riesgo de marihuana e inhalables con los problemas de conducta en la infancia, no se encontró relación pues se encontro un efecto de colinealidad, ya que la n es muy pequeña.

Sobre la relación entre los problemas de conducta y el nivel de consumo de alcohol se encontró que hay una relación significativa ($r=.610$, $p=0.007$) entre haber presentado problemas de hiperactividad durante la infancia y el presentar consumo de alcohol tal como se muestra en la tabla 15.

Tabla 15. Analisis de correlación entre problemas de conducta y nivel de consumo de alcohol.

NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL		
PROBLEMAS DE CONDUCTA	r de Spearman	Sig.
OPOSICIONISTA	0.435	0.071
DÉFICIT DE ATENCIÓN	0.562	0.15
HIPERACTIVIDAD	0.610	0.007*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal conocer si existe una relación entre los problemas de conducta en la infancia y el posterior consumo de sustancias en la adolescencia.

Los primeros resultados indicaron que existe un importante porcentaje de la población infantil en esa comunidad, que presentó algún tipo de problema de conducta, ya sea de tipo oposicionista, por déficit atención o de hiperactividad en la infancia. Los padres reportaron altos niveles de conductas de berrinches, discutir con adultos, estar en actividad constante y dificultades para esperar; esto concuerda con lo reportado por Benjet (2009) y Medina-Mora (2003). Es importante mencionar que los padres reportaron altos porcentajes de conductas de berrinche, discutir con adultos, distraerse con estímulos extraños, hablar en exceso, interrumpir a otros, estar en actividad constante, entre otras.

A partir de lo reportado por los padres se pueden observar que un amplio número de los participantes presentó problemas de conducta de algún tipo en la etapa infantil, sobre todo problemas de oposición y de hiperactividad. Es importante mencionar que se trata de la percepción del padre y no de un diagnóstico médico, pero nos da una amplia referencia de los problemas de conducta presentes en esta etapa, debido a la presencia de estos problemas de conducta en la infancia resulta primordial poder realizar programas que nos permitan manejar de manera adecuada estos problemas infantiles.

El conocer que existe una serie de problemas de conducta en la infancia permitió plantear la posible relación entre los problemas de conducta y el posterior consumo de sustancias en la adolescencia, sin embargo resulta de suma importancia poder identificar también otras variables relacionadas con estas conductas problemáticas.

Los resultados también permitieron observar que hubo un alto nivel de consumo de alcohol entre los adolescentes, tanto reportado por los padres como por ellos mismos, lo que concuerda con los índices de la población que consume alcohol como la droga de mayor consumo entre los adolescentes (ENA, 2011).

Aunque el nivel de consumo de alcohol reportado por los adolescentes es bajo, todos los adolescentes de la muestra reportaron haber consumido alcohol al menos una vez en su vida. Puede ser porque es una droga socialmente aceptada y valorada incluso como positiva entre nuestra cultura (ENA, 2008). El consumo por parte de los padres puede influir en el consumo posterior del adolescente y es un factor de riesgo para los adolescentes ya que la familia representa una importante influencia y modelo para los adolescentes (ENA, 2008, NIDA, 2013). En lo observado en este estudio resulta importante mencionar que tanto los padres como los adolescentes mencionaron un consumo de sustancias por parte de los adultos, igual que en el caso de los adolescentes. La droga de impacto en los padres entrevistados fue el alcohol. Además de que el consumo por parte de los padres representa un factor de riesgo para el posterior consumo de los adolescentes, existe la disponibilidad de la sustancia como otro factor asociado (OMS, 2013). Esto es importante de mencionar pues en las entrevistas con los padres, estos reportaron que el lugar y las personas con las que sus hijos habían consumido por primera vez era en casa con ellos.

Sobre la edad de inicio, se puede concluir que concuerda con los datos encontrados en las Encuestas de Adicciones, que se ubica alrededor de los 15 años de edad (ENA, 2012).

Otro aspecto importante que muestran los datos de este trabajo es que hay una importante discrepancia entre el reporte de consumo que los padres señalan en sus hijos y el de los adolescentes. A pesar de que, en el caso de las drogas legales como el alcohol, los padres reportaron favorecer el consumo, ellos mismos reportaron menos consumo en sus hijos que los propios adolescentes, lo anterior puede ser una limitante propia del autoreporte por lo que sería importante en estudios posteriores incluir datos que podamos medir con exactitud en cuanto al consumo de sustancias. La discrepancia entre los padres e hijos no ocurrió para el caso de las drogas ilegales en donde la información resultó ser muy similar. Esto puede deberse a que los padres reportan más preocupación ante el consumo de alguna droga ilegal, pero no ante el consumo de las drogas legales (OMS, 2013).

En cuanto a la prevalencia del consumo de sustancias en el último año se observa que se reportó al menos de 1 a 3 veces al año, pero cuando se trata del consumo al mes solo se presenta una vez al mes, esto es importante pues concuerda con un nivel de consumo bajo de alcohol que reportan. Los adolescentes presentaron un nivel de riesgo bajo para el consumo de alcohol y tabaco bajo. Lo que sugiere que aun no presentan problemas de salud, familiares, escolares o laborales asociados a su consumo. En estos casos para disminuir el riesgo de desarrollar un patron de consumo de abuso o dependencia, será importante brindar la atención oportuna y adecuada, por ello se otorgó consejo breve a los adolescentes como parte del protocolo de este trabajo (Pronunciamento de la primera conferencia interamericana de la prevención social del delito y de las adicciones, 2006).

El nivel de consumo bajo de alcohol, puede deberse a que la población cuenta con ciertos factores protectores tales como la religiosidad, poca exposición a ambientes de riesgo, ya que la mayoría de los adolescentes estudiaba o trabajaba y reportaron durante la entrevista tener un manejo adecuado de su tiempo libre (Ayala et al., 2002).

Resultó importante conocer si aquellos niños que presentaron algun tipo de problema de conducta presentaron en la adolescencia consumo de sustancias al menos alguna vez en la vida. Fue importante notar que en los primeros análisis estadísticos no se observaron diferencias significativas en la distribución de participantes que consumieron drogas legales e ilegales que habian tenido problemas de comportamiento infantil; sin embargo en el segundo análisis resultó de suma relevancia notar que parece existir una relacion entre los problemas de conducta infantil y el posterior consumo de sustancias en la adolescencia, lo que concuerda con los diversos estudios longitudinales reportados a lo largo de la investigación en el campo (Frick & Jackson, 1993; Loeber, et al., 2000; Clark, et al., 2002; Dadds et al., 2003; Loeber et al., 2005).

De los adolescentes que habían presentado problemas por déficit de atención, estos reportaron haber consumido en mayor frecuencia alcohol y drogas (Biederman, 1997). En el caso de los adolescentes que presentaron problemas de

oposición y desafío parece haber una tendencia al consumo de drogas ilegales (Burke, Loeber y Lahey, 2001); es decir los adolescentes que presentaron problemas de ODD presentaron una correlación con el consumo de marihuana e inhalables en la adolescencia. En el caso de los adolescentes que presentaron problemas por hiperactividad en la infancia, el hecho de que los resultados no resultaran significativos, puede deberse, en cierta medida al número de participantes que se logró reunir y también a características propias de la muestra, pues se trata de una comunidad empoderada y con ciertos factores protectores ante conductas de riesgo, tales como poca disposición a la droga, que la mayoría de los adolescentes se encuentran estudiando y emplean su tiempo libre en actividades libres del consumo de drogas, entre otras (ENA, 2008).

Es de resaltar que los niños que presentaron problemas de oposición, por déficit de atención e hiperactividad presentaron problemas con su nivel de riesgo del alcohol, pero no ocurrió lo mismo para el tabaco, en donde solo el trastorno de hiperactividad resultó significativo con el nivel de riesgo por el consumo de esta sustancia (Alba, 2007), Esto puede estar asociado a otros problemas de conductas tales como ansiedad generalizada, pues se ha observado que en los adolescentes con hiperactividad es más probable el consumo de esta sustancia.

Los estudios en este campo (Biederman, 1997; Mason, 2002; Molina & Pelham, 2003) representan importantes esfuerzos para entender el riesgo del consumo de sustancias a edades tempranas, pero es necesario que se realicen más investigaciones que ayuden a explicar la relación entre los problemas de conducta infantil y el posterior consumo de sustancias, así mismo es importante que se aborden y analicen otras variables asociadas tales como el ambiente familiar de los adolescentes que consumen alguna droga, los problemas de conducta en la propia etapa adolescente, los factores de interacción parental, entre otras variables, por que recuérdese que el consumo de sustancias es un problema de salud multifactorial.

Resulta importante poder atender y prevenir las conductas de riesgo como el consumo de sustancias desde edades muy tempranas a través de la prevención universal así como entender los factores asociados a este problema de salud

(NIDA, 2003; SAMSHA, 2011). Se debe señalar que la adolescencia es una etapa de experimentación en donde los jóvenes se encuentran en contacto con muchos factores de riesgo en su entorno social, tal es el caso de tener amigos que consuman sustancias (Osorio, Ortega y Pillon, 2004), que presenten una baja percepción de riesgo sobre estas conductas, así como factores relacionados principalmente con el contexto familiar. En el presente estudio, el ASSIST fue una prueba que permitió poder otorgar la atención adecuada y oportuna. En aquellos casos que se requería no solo una sesión de consejo breve sino otro tipo de intervención breve, se otorgó la información necesaria para que acudiera a recibir la atención selectiva.

Es importante no perder de vista que si se interviene en los problemas de conducta infantil no solo se está atendiendo problemáticas emergentes en ese momento, sino también se estaría minimizando el riesgo de que progresen, como mencionan Frick y Jackson (1993), a otro tipo de conductas.

A partir de que varios de los análisis no resultaron significativos se marca la pauta para realizar estudios de este tipo, donde puedan incluirse datos longitudinales, para obtener varias mediciones a lo largo del tiempo, que permitan seguir una trayectoria del consumo de sustancias. Otro aspecto importante a considerar para futuras investigaciones es el tamaño de la muestra. Se requiere mayor número de participantes para poder realizar análisis estadísticos de tipo paramétrico. No obstante, el presente estudio, permite dejar establecido que al parecer se encuentran vinculados los problemas de conducta infantil y el consumo de drogas, sin olvidar que este problema de salud pública es multifactorial.

REFERENCIAS

- Alba, L. H. (2007). Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Revista Colombiana de cancerología*, 11 (4), 250-257.
- Ayala, V. H. E., Pedroza, C. F., Morales, C. S., Chaparro, C.L.A. & Barragán, T. N. (2002). Factores de riesgo, Factores protectores y Generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar, *Salud Mental*, 25 (3), 27-40.
- Babor, T. F, Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL: Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. https://dl-web.dropbox.com/get/e-learningDrogas/M%3Bdulo%20%2C%20Detecci%3Bn%2C%20Atenci%3Bn%20e%20ntervenci%3Bn%20del%20Comportamiento%20Antisocial%20y%20del%20Consumo%20de%20Sustancias/Subm%3Bdulo%20%2C%20Evaluaci%3Bn%20de%20conductas%20adictivas/Textos/AUDIT.pdf?w=AAAL9teV284PYP_afppjBia4t9RST3fHMid1RMFGtaFIQw.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. Ney York: Guilford.
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Mick, E., Clarke, A., Ten Haagen, T. & Faraone, S.(2009) Familial risk analysis of the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder in female adolescents: a controlled study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 352–358.
- Castillo, I; Vazquez, M & Pampliega A (2004) Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, vol.16 núm. 3.
- Clark, D. B., Vanyukov, M. & Cornelius, J. (2002). Childhood Antisocial Behavior and Adolescent Alcohol Use Disorders, revisado el 8 de Marzo de 2012 en <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/109-115.htm>.
- Dadds, M., Maujean A., Fraser, J. (2003) Parenting and Conduct Problems in Children: Australian Data and Psychometric Properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 38, 238-241.
- Ernst, M., Luckenbaugh, D. A., Moolchan, E. T., Leff, M., Allen, R., Eshel, N., London, E. & Kimes, A. (2006) Behavioral Predictors of Substance-Use Initiation in Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 117, 2030-2039.
- Frick, P. J. & White, S. (2008). WhiteResearch Review: The importance of callousunemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior . *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 49, 359-375.
- Frick, P. J., & Jackson, Y. K. (1993). Family functioning and childhood antisocial behavior: Yet another reinterpretation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 410–419.

- Frick, P. J., & Jackson, Y. K. (1993). Family functioning and childhood antisocial behavior: Yet another reinterpretation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 410–419.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas . Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear, Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Reynales-Schigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M,, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C, y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Linage, L. y Lucio, E. (en prensa). Validez y confiabilidad del ASSIST en una muestra de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencia*.
- Lochman, J. E. (2000) Parent And Family Skills Training Targeted Prevention Programs For At-Risk Youth. *The Journal of Primary Prevention*, 21 (2), 253-265.
- Loeber, R., Pardini, D. Homish, L, Wei, E. H., Farrington, D. P., Creemers, J., Crawford, A. N. Stouthamer-Loeber, M. & Koehler, S. A. (2005). The prediction of Violence and Homicide in Young Men, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (6) 1074-1088.
- Mannuzza, S., Klein, R. & Moulton III, J. (2001) Young Adult Outcome of Children With “Situational” Hyperactivity: a prospective, controlled follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 191-198.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales, recuperado el 8 de Abril de 2013 en http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagnóstico_y_estadístico_de_los_trastornos_mentales#Diagnóstico_a_través_del_DSM-IV
- Mariño, M. C, González-Forteza, C., Andrade, P. & Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21, 22-63.
- Medina, M. (2003). Diagnóstico del problema: Conceptos básicos. En *Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios especiales relacionados con adicciones* (pp. 9-25). México: CONADIC.
- Michael D, Newcomb, Ebrahim Maddahian. “Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses” *AJPH* 1986, 76,5
- Molina, B. & Pelham, W. (2003) Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children With ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 497-507.

- Morales, C. S. & Vázquez, P. F. (2011). Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 1, (3), 428-440.
- National Insitute on Drug Abuse (2003) Preventing Drug Use among Children and adolescents.
- National Institute of Drug Abuse, Recuperado el 8 de Abril de 2013 en <http://www.drugabuse.gov>
- Nebot, M; Tomás; Ariza; Valmayor; López & Juárez (2004) Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Archivo de Bronco neumología* . 2004;40:495-501
- Organización Mundial de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria.
- Ortiz A, Martínez R., Meza D. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". *Tendencias en el área metropolitana* No. 50, Junio de 2011. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Osorio E, Ortega & Pillon (2004) Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev. Latinoamericana de Enfermería* v.12.
- Pronunciamento de la primera conferencia internacional de la prevención social del delito y de las adicciones, (2006) revisado el 14 de Marzo de 2012 en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/lineamientos.pdf>.
- Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006) Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems –a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 99-111.
- Shamah L. T., (ed.) *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2010.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2009) *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Interventions for Disruptive Behavior Disorders: How to Use the Evidence-Based Practices KITS*. HHS Pub. No. SMA-11-4634, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Humnand Services, 2011

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN PADRES



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN PADRES

México D.F. a ____ de _____ del 2011

Por medio de la presente yo _____
acepto contestar algunos cuestionarios que tendrán la finalidad de conocer algunos aspectos personales, familiares y de la comunidad en la que vivo para identificar los factores que se relacionan con un desarrollo óptimo de los habitantes de la comunidad de San Pedro Mártir.

La información obtenida será mantenida en **estricta confidencialidad** y sólo será utilizada con fines de investigación.

En el caso de que mi hijo (a) sea menor a los 18 años, doy mi consentimiento para que conteste algunos cuestionarios sobre diferentes áreas de su vida.

Dado que mi participación es voluntaria, tengo la libertad de expresar mis dudas y retirar mi consentimiento en cualquier momento si así lo deseo.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del responsable

ANEXO 2. ENTREVISTA A PADRES

ENTREVISTA A PADRES

I. DATOS PERSONALES

Nombre del entrevistador: _____ Fecha: _____

Nombre del padre: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Teléfonos: _____

II. NIVEL SOCIOECONÓMICO

1. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

2. Enumera quienes viven en la casa desde el más grande de edad hasta el más pequeño, su edad, su escolaridad, su ocupación, etc.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco

3. ¿Cuántas personas aportan al gasto familiar? _____

4. Señale el ingreso mensual promedio de la familia: _____

5. ¿Cuántas familias viven en la misma casa? _____

6. La casa que habitan es:

a) Propia b) La están pagando c) Prestada d) Rentada e)
Otro: _____

7. ¿Con cuántas habitaciones cuenta su casa, sin incluir cocina y baño?: _____

8. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta su casa?

WC () Fosa () Letrina ()		Luz eléctrica	
Regadera		Agua potable	
Calentador de agua		Techo de concreto	
Estufa		Teléfono	
Lavadora de ropa		Computadora	
Secadora		Internet	
TV a color		Automóvil	
Reproductora de video		Teléfono celular	
Reproductor de CD		Seguro para el automóvil	
TV por cable		Seguro de vida	
Antena parabólica		Servicio doméstico	

III. PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS EN LA COMUNIDAD

9. ¿En su comunidad existen los siguientes problemas?

Servicios		Servicios	
Falta de recolección de basura		Homicidios	
Heces fecales en la vía pública		Secuestro	
Ruido de fábricas o automóviles		Amenazas	
Desechos tóxicos		Portación de armas	
Basura Doméstica		Daño en propiedad ajena	
Falta de botes de basura		Delitos contra la salud	
Falta de pavimentación		Prostitución	
Falta de vigilancia pública		Pandillerismo	
Falta de drenaje público		Embarazo adolescente	
Exceso de cantinas, bares o centros nocturnos		Consumo de drogas	
Desechos industriales		Consumo de alcohol	
Accidentes automovilísticos		Maltrato infantil	
Despojo		Violación	
Fraude o estafa		Robo con arma de fuego	
Asalto en las calles		Robo con arma blanca	
Asalto domiciliario		Otros problemas:	
Asalto cometido por menores de edad			

IV. PERCEPCIÓN SOBRE LA CONDUCTA DE SU HIJO (A)

Nombre del hijo (a): _____

Dirección: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Teléfonos: _____

1. Salud física

10. ¿Su hijo esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

SI NO

¿Cuál? _____

—

11. ¿Estuvo hospitalizado en alguna ocasión? SI NO ¿cuántas veces? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____ ¿Qué sucedió? _____

12. ¿Ha sufrido algún accidente que ha requerido atención médica? SI NO

¿Qué sucedió? _____

13. ¿Esta tomando algún medicamento por prescripción médica? SI NO

¿Cuál? _____

2. Social-Familiar

14. ¿Su hijo ha tenido algún conflicto familiar grave?

(1) Actualmente__ (2) Alguna vez__ ¿Cuál fue el motivo? _____

15. ¿Su hijo ha tenido algún conflicto con algún conocido o amigo?

(1) Actualmente__ (2) Alguna vez__ ¿Cuál fue el motivo? _____

16. ¿Cómo describe su relación con su hijo (a)?

(4) Muy buena__ (3) Buena__ (2) Regular__ (1) Mala__ (0) Muy mala__

17. ¿Cómo describe la relación que tiene su hijo (a) con los demás miembros de la familia?

(4) Muy buena__ (3) Buena__ (2) Regular__ (1) Mala__ (0) Muy mala__

18. ¿Cuánto tiempo pasa diariamente con su hijo (a)? _____

3. Área escolar

19. ¿Su hijo asistes a la escuela de manera regular? SI NO

En caso de que no asista regularmente ¿Cuál es el motivo? _____

20. ¿Cuál fue el promedio escolar de su hijo durante el mes pasado? _____

21. ¿Cuál es su promedio actual? _____

22. ¿Cómo considera el desempeño escolar de su hijo (a)?

(4) Muy bueno (3) Bueno (2) Regular (1) Malo (0) Muy Malo

23. ¿Su hijo (a) ha interrumpido sus estudios durante 6 meses o más? SI NO

¿Cuál fue el motivo? _____

24. ¿Cuántos días ha faltado su hijo (a) a la escuela durante este año escolar? _____

25. ¿Su hijo (a) ha tenido algún problema grave en la escuela? SI NO

¿Hace cuánto tiempo? _____ ¿Qué sucedió? _____

26. ¿Frecuentemente lo llaman de la escuela? SI NO ¿Cuál (es) es el motivo? _____

En caso de ser estudiante de la secundaria:

27. ¿Debe alguna materia? SI NO
¿Cuántas? _____

4. Área laboral

28. ¿Su hijo tienes algún empleo? SI NO ¿En qué trabaja? _____

29. ¿Cuántos días trabaja a la semana? _____

30. ¿Cuál es tu horario laboral? (1)Tiempo completo (2) Medio completo
(3) Por horas

31. ¿Cómo considera el desempeño laboral de su hijo (a)?
(4) Muy bueno (3) Bueno (2) Regular (1) Malo (0) Muy Malo

32. ¿Durante el último año sabe si su hijo (a) ha tenido algún problema en su trabajo?
(1) SI (2) NO ¿Cuál (es)? _____

5. Consumo

33. Sabe si su hijo (a) ha consumido alguna de estas sustancias:

NOTA: Si el padre contesta negativo a todas las opciones, pasar a la pregunta 36 y aplicar el cuestionario de ¿Cómo saber si mi hijo presenta problemas por el alcohol o las drogas?

Sustancia	¿Alguna vez su hijo (a) ha consumido. .? 1= SI 2= NO	¿Cómo la consume? 1=oral 2=inyectada 3=fumada 4=inhalada 5=otras	En el último año ¿cuál es la frecuencia con la que su hijo (a) ha consumido?: 0= nunca 1= una vez al año 2= 1 a 3 veces al año 3= 4 a 6 veces al año 4= 7 o más veces al año	En el último mes ¿cuál es la frecuencia con la que su hijo (a) ha consumido?: 0= nunca 1= una vez al mes 2= 1 a 2 veces a la semana 3= 3 a 6 veces por semana 4= diariamente	¿Cuánto consume por cada ocasión? (número de copas, cigarros, monas, líneas, grapas, gramos, etc.)	¿A qué edad comenzó su hijo (a) a consumir?	¿En que lugares y con que personas acostumbra su hijo (a) a consumir?
Alcohol	Especificar tipo de bebida: 1= cerveza 2=vino						

	3=pulque 4=destilados (ron,ginebra, aguardiente,vo dka,whisky,teq uila,mezcal,etc .) 5=coolers						
Tabaco				Al día:			
Marihuana							
Cocaína							
Inhalables							
Crack							
Heroína							
Metanfetaminas							
Otra:							

6. Consecuencias adversas al consumo de sustancias

34. Durante el último año a consecuencia de consumir: _____ su hijo (a) ha tenido algún problema:

	ALCOHOL	TABACO	MARIHUANA	COCAINA	INHALABLES	CRACK	HEROINA	METANFETAMINAS	OTRAS
Problema de salud (ulceras, gastritis, problemas con el hígado, hinchazón en la piel, desnutrición, cirrosis, acido úrico, insomnio, etc.)									

Problemas cognitivos (dificultad para tomar decisiones, problemas con la memoria, olvidos, confusión, delirios, laguna mentales, etc.)									
Problemas emocionales (cambios de humor o personalidad, tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad, agresividad, etc.)									
Problemas familiares (pérdida de confianza, agresiones físicas, agresiones verbales, separación de la familia, etc.)									
Problemas de pareja (agresión verbal, agresión física, separaciones, divorcio, celos, infidelidad, problemas de comunicación, insatisfacción sexual, impotencia, etc.)									
Problemas sociales (aislamiento, pérdida de amigos, agresión física, agresión verbal, etc.)									
Problemas laborales (ausentismo, desempleo, accidentes laborales, problemas con el jefe, problemas con compañeros, desempleo, cambios de puesto, suspensión de pago, etc.)									
Problemas escolares (inasistencias, retardos, expulsiones, bajo rendimiento escolar, problemas con los maestros, problemas con los compañeros, agresión verbal, agresión física)									
Problemas legales (detenciones, estar en prisión, demandas, robos, violación, manejo de armas, homicidio, etc.)									
Problemas financieros (gasto excesivo del dinero, falta del dinero, deudas, quiebras, etc.)									

35. De acuerdo con la siguiente escala, señale la opción que mejor describa el consumo de alcohol, tabaco o drogas de su hijo (a):

Tipo de problema	Alcohol	Tabaco	Drogas
0. Sin problema			
1. Un problema menor (mi hijo (a) esta preocupado al respecto, pero no ha tenido ninguna experiencia negativa)			
2. Un problema menor (mi hijo (a) ha tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)			

3. Un problema mayor (mi hijo (a) ha tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria)			
4. Un gran problema (mi hijo (a) ha tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)			

36. ¿Su hijo (a) ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol, tabaco o drogas? SI___ NO, nunca___

Tipo de tratamiento	Alcohol	Tabaco	Drogas	Duración	Edad que tenía su hijo (a)
Centro de desintoxicación					
Tratamiento de consulta externa médico					
Tratamiento de consulta externa psicológico					
Internamiento (anexos)					
Grupos de auto-ayuda (alcohólicos anónimos)					
Tratamiento psiquiátrico					

37. ¿Algunas de las siguientes personas consumen alcohol, tabaco o drogas?

	1= SI 2= NO	Tipo de sustancia (s)	¿Ha tenido algún problema? ¿cuál?
Usted			
Su esposo (a)			
Otro de sus hijos			
Un Familiar Especificar: _____			

7. Criterios diagnósticos

T.N.D

38. “Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de la conducta de su hijo (a) y le pido que sea tan amable de decirme si su hijo muestra **(o mostró cuando era niño (a))** esa conducta al grado de ser inapropiada comparada con otros niños de su misma edad, tomaremos en cuenta la siguiente escala. Considere por favor los **últimos 6 meses**

(0) Nuca (1) algunas veces (2) frecuentemente (3) casi siempre (4) siempre

1. Frecuentemente hace berrinches	
2. Frecuentemente discute con adultos	
3. Frecuentemente se opone o se niega a obedecer a las peticiones o reglas dadas por los adultos	
4. Frecuentemente molesta a la gente	
5. Frecuentemente culpa a otros por sus propios errores o mala conducta	
6. Fácilmente se irrita	
7. Es muy enojón o resentido	
8. Es vengativo	

39. Estos síntomas le han causado problemas en cualquiera de las siguientes áreas?

Relaciones sociales con otros ___ Actividad académica ___ Actividad laboral ___

40. ¿Qué edad tenía su hijo (a) la primera vez que presentó estos problemas? _____

TDAH

41. Durante los **últimos 6 meses** usted ha notado si su hijo (a):

(0) Nuca (1) algunas veces (2) frecuentemente (3) casi siempre (4) siempre

1. Frecuentemente falla en poner atención a detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar o en otras actividades.	
2. Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en las tareas o actividades de juego.	
3. Frecuentemente no parece escuchar cuando le hablan directamente.	
4. Frecuentemente no sigue instrucciones o fracasa en terminar el trabajo escolar, quehaceres o actividades (para el entrevistador: asegúrese que esto no se deba a conducta oposicional o por no entender instrucciones).	
5. Frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	
6. Frecuentemente evita, no le gusta o se niega a realizar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como tareas escolares).	
7. Frecuentemente pierde cosas necesarias para tareas o actividades	

(por ejemplo, juguetes, plumas, libros o herramientas).	
8. Frecuente y fácilmente se distrae con estímulos extraños	
9. Frecuentemente es descuidado en las actividades diarias.	

1. Frecuentemente mueve sus manos o pies o se retuerce en su asiento.	
2. Frecuentemente se levanta en el salón o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado.	
3. Frecuentemente corre o se trepa en lugares donde es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos se puede preguntar si se observa inquieto)	
4. Frecuentemente tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades recreativas de manera tranquila.	
5. Frecuentemente esta “en actividad constante” o actúa como si “tuviera un motor”.	
6. Frecuentemente, habla en exceso.	
7. Frecuentemente da respuestas antes de que terminen de preguntarle	
8. Frecuentemente tiene dificultades para esperar su turno.	
9. Frecuentemente interrumpe o se involucra en actividades de otros (por ejemplo, se mete en conversaciones o juegos).	

42. ¿Qué edad tenía su hijo (a) la primera vez que presentó estos problemas?_____

43. Estos síntomas le han causado problemas en dos o más ambientes (p.e. escuela, trabajo o casa)?____

44. Estos síntomas le han causado problemas en cualquiera de las siguientes áreas?
Relaciones sociales con otros____ Actividad académica____ Actividad laboral____

TD

45. “Ahora voy a hacerle otras preguntas acerca de la conducta de su hijo (a). Pero ahora le voy a pedir que considere los **últimos 12 meses**. Para cada una de las conductas a las que me voy a referir, dígame si su hijo muestra **(o mostró cuando era adolescente)** esa conducta al grado de ser inapropiada comparada con otros adolescentes de su misma edad”:

Agresión a personas y animales

(0) Nunca (1) algunas veces (2) frecuentemente (3) casi siempre (4) siempre

1. Frecuentemente amenaza o intimida a otros	
2. Frecuentemente inicia peleas físicas	
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)	
4. Ha manifestado crueldad física con personas	
5. Ha manifestado crueldad física con animales	
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsos, robo a mano armada)	
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual	

Destrucción de la propiedad

1. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves	
2. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas	

Fraudulencia o robo

1. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona	
2. Frecuentemente miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones	
3. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima	

Violaciones graves de normas

1. Frecuentemente permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad	
2. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)	
3. Suele faltar a la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad	

46. Estos síntomas le han causado problemas en cualquiera de las siguientes áreas?
 Relaciones sociales con otros ___ Actividad académica ___ Actividad laboral ___

47. ¿Qué edad tenía su hijo la primera vez que presentó estos problemas? _____

TAG

48. Durante los **últimos 12 meses** usted ha notado si su hijo (a):

(0)Nuca (1) algunas veces (2) frecuentemente (3) casi siempre (4) siempre

A. Ha tenido ansiedad y preocupación excesiva por más de 6 meses debido a cuestiones laborales o escolares	
B. Le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación	
C. Ha notado si su hijo o hija:	
1. Ha estado inquieto o impaciente	
2. Se fatiga fácilmente	
3. Tiene dificultad para concentrarse	
4. Se muestra irritable	
5. Tiene tensión muscular	
6. Padece alguna alteración del sueño (p.e. dificultad para conciliarlo o mantenerlo)	
D. La razón de su ansiedad y preocupación NO se debe a una crisis de angustia, hablar frente a un público, contraer una enfermedad, estar lejos de casa, engordar, padecer una enfermedad o haberse enfrentado a una situación estresante.	

E. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos provocan algún malestar en el aspecto social, laboral, escolar, u otro.	
F. La ansiedad o preocupación NO se debe a los efectos de haber consumido una droga	

EDM

49. Durante un periodo de **dos semanas**, ha notado si su hijo (a):

(0) Nuca (1) algunas veces (2) frecuentemente (3) casi siempre (4) siempre

1. Presenta un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, (p. ej., se siente triste o vacío, llora, etc.). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable	
2. Se muestra desinteresado en todas o casi todas sus actividades la mayor parte del día	
3. Ha tenido una pérdida o aumento importante de peso (p.e. un cambio del 5% del peso corporal en un mes) o ha perdido o aumentado su apetito casi cada día	
4. Ha presentado insomnio o hipersomnia casi cada día (exceso de sueño durante el día)	
5. Se muestra agitado (p.e. inquietud, movimientos excesivos, etc.) o enlentecido (p.e. sus movimientos son lentos, se tarda más del tiempo de lo normal en dar una respuesta, casi no gesticula)	
6. Se muestra fatigado o sin energía casi cada día	
7. Tiene sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)	
8. Presenta una marcada disminución en su capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi cada día.	
9. Tiene pensamientos frecuentes sobre la muerte o ideas suicidas (sin necesidad de que haya planeado o intentado suicidarse)	
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo	
D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.	

- APLICAR SOLO SI LA PERSONA ES MAYOR DE 18 AÑOS:

TAP

50. Durante los últimos 12 meses usted ha notado si su hijo (a):

(0) Nuca (1) algunas veces (2) frecuentemente (3) casi siempre (4) siempre

1. Ha violado las normas sociales, por ejemplo, ha cometido frecuentemente actos que lo han llevado a ser arrestado	
---	--

2. Ha mentido en repetidas ocasiones, usado diferentes identidades o estafado a otros ya sea para obtener un beneficio personal o por placer.	
3. Es impulsivo o muestra incapacidad para planificar el futuro	
4. Es irritable y agresivo o se involucra frecuentemente en peleas físicas	
5. No se preocupa por su seguridad ni las de los demás	
6. Frecuentemente es irresponsable o incapaz de mantener un trabajo o de hacerse cargo de obligaciones económicas	
7. Muestra falta de remordimiento o es indiferente cuando lastima, maltrata o roba a otras personas.	

V. PARTICIPACIÓN EN TALLERES

51. ¿Ha participado en algún taller a padres sobre el manejo de la conducta infantil?

SI NO

¿Hace cuánto tiempo? _____ ¿cuántas sesiones duro? _____

¿Cuánto tiempo duro cada sesión? _____ ¿Quién lo impartió? _____

¿En qué lugar tomo el taller? _____

¿Qué aprendió del taller? _____

52. ¿Ha recibido algún apoyo psicológico?

SI NO

¿De qué tipo? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____ ¿cuántas sesiones duro? _____

¿Cuánto tiempo duro cada sesión? _____ ¿Quién le brindo el apoyo? _____

¿En qué lugar le brindaron el apoyo? _____

¿En qué le ayudo el apoyo psicológico que recibió? _____

53. ¿Desea agregar algo más?

54. Observaciones

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

México D.F. a ____ de _____ del 2011

Por medio de la presente yo _____
acepto contestar algunos cuestionarios que tendrán la finalidad de conocer algunos aspectos personales, escolares, sociales, familiares y de la comunidad en la que vivo.

La información obtenida será mantenida en **estricta confidencialidad** y sólo será utilizada con fines de investigación para conocer los cambios que la comunidad ha tenido a lo largo de los años.

En el caso de que mi padre o madre acepte participar en el presente estudio, no podrá tener acceso a ningún tipo de información que yo proporcione.

Dado que mi participación es voluntaria, tengo la libertad de expresar mis dudas y retirar mi consentimiento en cualquier momento si así lo deseo.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del responsable

ANEXO 4. ENTREVISTA DEL ADOLESCENTE

ENTREVISTA ADOLESCENTE

I. DATOS PERSONALES

Nombre del entrevistador: _____ Fecha: _____

Nombre del entrevistado: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Teléfonos: _____

II. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nota: Preguntar esta sección sólo si el adolescente/adulto NO vive en la misma casa del padre o madre que fue entrevistado (a).

1. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

2. Enumera quienes viven en la casa desde el más grande de edad hasta el más pequeño, su edad, su escolaridad, su ocupación, etc.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco

3. ¿Cuántas personas aportan al gasto familiar? _____

4. Señala el ingreso mensual promedio de la familia: _____

5. ¿Cuántas familias viven en la misma casa? _____

6. La casa que habitas es:

a) Propia b) La están pagando c) Prestada d) Rentada e) Otro: _____

7. ¿Con cuántas habitaciones cuenta tu casa, sin incluir cocina y baño?: _____

8. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta tu casa?

WC () Fosa () Letrina ()		Luz eléctrica	
Regadera		Agua potable	
Calentador de agua		Techo de concreto	
Estufa		Teléfono	
Lavadora de ropa		Computadora	
Secadora		Internet	
TV a color		Automóvil	
Reproductora de video		Teléfono celular	
Reproductor de CD		Seguro para el automóvil	
TV por cable		Seguro de vida	
Antena parabólica		Servicio doméstico	

III. PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS EN LA COMUNIDAD

9. ¿En tu comunidad existen los siguientes problemas?

Problemas		Problemas	
Falta de recolección de basura		Homicidios	
Heces fecales en la vía pública		Secuestro	
Ruido de fábricas o automóviles		Amenazas	
Desechos tóxicos		Portación de armas	
Basura Doméstica		Daño en propiedad ajena	
Falta de botes de basura		Delitos contra la salud	
Falta de pavimentación		Prostitución	
Falta de vigilancia pública		Pandillerismo	
Falta de drenaje público		Embarazo adolescente	
Exceso de cantinas, bares o centros nocturnos		Consumo de drogas	
Desechos industriales		Consumo de alcohol	
Accidentes automovilísticos		Maltrato infantil	
Despojo		Violación	
Fraude o estafa		Robo con arma de fuego	
Asalto en las calles		Robo con arma blanca	
Asalto domiciliario		Otros problemas:	
Asalto cometido por menores de edad			

IV. ÁREA DE SALUD FISICA

10. ¿Has sido atendido por algún problema de salud en la actualidad?

SI NO ¿Cuál? _____

11. ¿Estuviste hospitalizado en alguna ocasión? SI NO

¿Cuántas veces? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____ ¿Qué sucedió? _____

12. ¿Has sufrido algún accidente que ha requerido atención médica? SI NO

¿Qué sucedió? _____

13. ¿Esta tomando algún medicamento por prescripción médica? SI NO

¿Cuál? _____

14. ¿Te sientes triste con frecuencia? (1) SI (2) NO

15. Durante el último mes has sentido que:

Número de días	0	1 a 3	4 a 6	7 o más
a) No puedes seguir adelante				
b) Has tenido algún pensamiento sobre la muerte				
c) Has sentido que tu familia estaría mejor si tu estuvieras muerto				
d) Has pensado en matarte				

16. ¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?

(1) Nunca (2) Lo hice una vez (3) Lo hice 2 o más veces

17. ¿Qué fue lo que te llevo a hacerte daño? _____

V. ÁREA SOCIAL - FAMILIAR

18. ¿Has tenido algún conflicto familiar grave?

(1) Actualmente__ (2)Alguna vez__ ¿Cuál fue el motivo? _____

19. ¿Has tenido algún conflicto con algún conocido o amigo?

(1) Actualmente__ (2)Alguna vez__ ¿Cuál fue el motivo? _____

20. ¿Cómo describirías la relación que tienes con tus padres?

(4) Muy buena__ (3) Buena__ (2) Regular__ (1) Mala__ (0) Muy mala__

21. ¿Cómo describes la relación que tienes con los demás miembros de la familia?

(4) Muy buena__ (3) Buena__ (2) Regular__ (1) Mala__ (0) Muy mala__

22. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? SI NO

¿Cuánto? _____

VI. ÁREA ESCOLAR Y LABORAL

23. ¿Asistes a la escuela de manera regular? SI NO

En caso de que no asista regularmente ¿Cuál es el motivo? _____

24. ¿Cuál fue tu promedio escolar durante el mes pasado? _____

25. ¿Cuál es tu promedio actual _____

26. ¿Debes alguna materia? SI NO

¿Cuántas? _____

27. ¿Cómo consideras tu desempeño escolar?

(4) Muy bueno (3) Bueno (2) Regular (1) Malo (0) Muy Malo

28. ¿Has interrumpido tus estudios durante 6 meses o más? SI NO ¿Cuál fue el motivo? _____

29. ¿Cuántos días has faltado a la escuela durante este año escolar? _____

30. ¿Has tenido algún problema grave en la escuela? SI NO ¿hace cuánto tiempo? _____

¿Qué sucedió? _____

31. ¿Tienes algún empleo? SI NO ¿En qué trabajas? _____

¿Cuántos días trabajas a la semana? _____

¿Cuál es tu horario laboral? (1)Tiempo completo (2) Medio completo

(3) Por horas

32. ¿Cómo consideras tu desempeño laboral?

(4) Muy bueno (3) Bueno (2) Regular (1) Malo (0) Muy Malo

33. ¿Durante el último año has tenido algún problema en tu trabajo? (1) SI (2) NO

¿Cuál (es)? _____

VII. ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

34. ¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela o en el trabajo?

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
1. Veo la televisión en casa			
2. Practico algún deporte			
3. Juego o salgo con amigos			
4. Nada y me aburro			
5. Ayudo en las labores de la casa			
6. Hago tarea o estudio			
7. Juego nintendo o voy a las máquinas			
8. Salgo a pasear con mi familia			
9. Me voy a beber con mis amigos			
10. Escucho música			
11. Hablo por teléfono			
12. Voy a fiestas			
13. Asisto a clases artísticas			
14. Voy al cine			
15. Navego en el internet			
16. Leo libros			
17. Salgo con mi novio (a)			
18: Otro: _____			

VIII. ÁREA DE SEXUALIDAD

35. ¿Has tenido relaciones sexuales? (1) NO (2) SI, UNA VEZ (3) SI, MÁS DE UNA VEZ

36. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? _____

37. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?
 (1) SIEMPRE (2) CASI SIEMPRE (3) FRECUENTEMENTE (4) ALGUNAS VECES
 (5) NUNCA
 ¿Cuál? _____

38. ¿Has tenido problemas relacionados con tu conducta sexual? SI NO
 ¿Cuáles? _____

IX. AREA DE CONSUMO DE DROGAS

39. ¿Sabes lo que es una droga? _____

40. ¿Qué drogas conoces? _____

41. ¿Alguna vez te han ofrecido alguna droga? (1) NO (2) SI, UNA VEZ (3) SI, MÁS DE UNA VEZ
 ¿Cuál? _____

¿En que lugar? (1) Dentro de la escuela (2) Fuera de la escuela (3) En el trabajo (4) En la calle
 (5) En fiestas (6) En tu casa (7)
 Otro: _____

42. ¿Alguna vez has consumido alguna droga?

NOTA: Si el adolescente reporta NO CONSUMIR NINGUNA SUSTANCIAS, pasar a la pregunta 48

Sustancia	¿Alguna vez has consumido..? 1= SI 2= NO	¿Cómo la consumes? 1=oral 2=inyectada 3=fumada 4=inhalada 5=otras	En el último año ¿cuál es la frecuencia con la que has consumido?: 0= nunca 1= una vez al año 2= 1 a 3 veces al año 3= 4 a 6 veces al año 4= 7 o más veces al año	En el último mes ¿cuál es la frecuencia con la que has consumido?: 0= nunca 1= una vez al mes 2= 1 a 2 veces a la semana 3= 3 a 6 veces por semana 4= diariamente	¿Cuánto consumes por cada ocasión? (número de copas, cigarros, monas, líneas, grapas, gramos, etc.)	¿A qué edad comenzaste a consumir?	¿En que lugares y con que personas consumes?
Alcohol	Especificar tipo de bebida: 1= cerveza						

	2=vino 3=pulque 4=destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.) 5=coolers						
Tabaco				Al día:			
Marihuana							
Cocaína							
Inhalables							
Crack							
Heroína							
Metanfetaminas							
Otra:							

43. ¿Cuáles son los motivos por los que has consumido drogas? _____

44. ¿Alguna vez has vendido alguna droga? (1) NO (2) SI, UNA VEZ (3) SI, MÁS DE UNA VEZ

45. Durante el último año a consecuencia de consumir: _____ has tenido algún problema:

	ALCOHOL	TABACO	MARIHUANA	COCAINA	INHALABLES	CRACK	HEROINA	METANFETAMINAS	OTRAS
Problema de salud (ulceras, gastritis, problemas con el hígado, hinchazón en la piel, desnutrición, cirrosis, acido úrico, insomnio, etc.)									
Problemas cognitivos (dificultad para tomar decisiones, problemas con la memoria, olvidos, confusión, delirios, laguna mentales, etc.)									
Problemas emocionales (cambios de humor o personalidad, tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad, agresividad, etc.)									
Problemas familiares (pérdida de confianza, agresiones físicas, agresiones verbales, separación de la familia, etc.)									
Problemas de pareja (agresión verbal, agresión física, separaciones, divorcio, celos, infidelidad, problemas de comunicación, insatisfacción sexual, impotencia, etc.)									
Problemas sociales (aislamiento, pérdida de amigos, agresión física, agresión verbal, etc.)									
Problemas laborales (ausentismo, desempleo, accidentes laborales, problemas con el jefe, problemas con compañeros, desempleo, cambios de puesto, suspensión de pago, etc.)									
Problemas escolares (inasistencias, retardos, expulsiones, bajo rendimiento escolar, problemas con los maestros, problemas con los compañeros, agresión verbal, agresión física)									
Problemas legales (detenciones, estar en prisión, demandas, robos, violación,									

manejo de armas, homicidio, etc.)									
Problemas financieros (gasto excesivo del dinero, falta del dinero, deudas, quiebras, etc.)									

46. De acuerdo con la siguiente escala, cómo consideras tu consumo de _____:

Tipo de problema	Alcohol	Tabaco	Drogas
0. Sin problema			
1. Un problema menor (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)			
2. Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse grave)			
3. Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse grave)			
4. Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse graves)			

47. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol, tabaco o drogas? SI ___ NO, nunca ___

Tipo de tratamiento	Alcohol	Tabaco	Drogas	Duración	Edad que tenía su hijo (a)
Centro de desintoxicación					
Tratamiento de consulta externa médico					
Tratamiento de consulta externa psicológico					
Internamiento (anexos)					
Grupos de auto-ayuda (alcohólicos anónimos)					
Tratamiento psiquiátrico					

48. ¿Algunas de las siguientes personas consumen alcohol, tabaco o drogas?

	1= SI 2= NO	Tipo de sustancia (s)	¿Ha tenido algún problema? ¿cuál?
Papá			
Mamá			

Hermanos			
Tu novio (a)			
Un amigo (a)			
Un familiar Especifique: _____			
Otro Especifique: _____			

X. SATISFACCIÓN PERSONAL

49. ¿Qué tan satisfecho (a) te sientes con tu estilo de vida en este momento?
 (4) Muy satisfecho (1) Satisfecho (2) Inseguro (1) Insatisfecho (0) Muy insatisfecho

50. ¿Cuáles son tus metas para el futuro?

60. ¿Se te otorgo consejo breve? (1) SI (2) NO

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 5. ASSIST

Nombre: _____ Fecha: _____

ASSIST

Las siguientes preguntas se refieren a tu experiencia sobre el consumo de alguna sustancia a lo largo de la vida y en los últimos tres meses, ten la seguridad de que esta información es totalmente confidencial. (Antes de iniciar las preguntas entregar las tarjetas de respuestas)

1. A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

Sustancia	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	NO	SI
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	NO	SI
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	NO	SI
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	NO	SI
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	NO	SI
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	NO	SI
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	NO	SI
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	NO	SI
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	NO	SI
j. Otras, especifique: _____	NO	SI

*Si todas las respuestas fueron negativas pregunta: “¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?”
 * Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.
 *Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que responda afirmativamente (que ha consumido)

2. En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia has consumido la(s) sustancia(s) que me dijiste antes, (primera droga, segunda droga, etc.)?

Sustancia	nunca	1 o 2 veces por semana	mensualmente	semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6

i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

*Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6
 * Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

3. En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir la(s) sustancia(s) que me dijiste antes, (primera droga, segunda droga, etc.)?

Sustancia	nunca	1 o 2 veces por semana	mensualmente	semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses ¿con que frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) te ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?

Sustancia	nunca	1 o 2 veces por semana	mensualmente	semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

5. En los *últimos tres meses*, ¿con que frecuencia dejo de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

Sustancia	nunca	1 o 2 veces por semana	mensualmente	semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras, especifique: _____	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más *alguna vez* ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

Sustancia	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)

7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?

Sustancia	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1)

8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)

- a) No, nunca b) Sí, en los últimos 3 meses c) Sí, pero no en los últimos tres meses
- b) Tarjeta de respuestas

<p>Respuestas Últimos tres meses (preguntas 2 a 5)</p> <p>NUNCA: No se ha consumido en los últimos tres meses</p> <p>1 O 2 VECES: Se ha consumido de 1 hasta 2 veces en los últimos tres meses</p> <p>MENSUALMENTE: Se ha consumido en promedio de 1 a 3 veces al mes en los últimos tres meses</p> <p>SEMANALMENTE: Ha consumido de 1 a 4 veces a la semana</p> <p>DIARIO O CASI DIARIO: Ha consumido de 5 a 7 veces a la semana.</p>
--

ANEXO 6. AUDIT

Nombre: _____ edad: _____ Fecha: _____

AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
(0) Nunca (1) 1 o menos veces al mes (2) 2 ó 4 veces al mes (3) 2 ó 3 veces a la semana (4) 4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
(0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?
(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.

ANEXO 7. FAGERSTROM

Nombre: _____ Fecha: _____

FAGERSTROM

1.- Consumo de tabaco:

- (1) fumo diario
- (2) fumo, pero no diario
- (3) ex fumador (< de 1 año)
- (4) ex fumador (> de 1 año), No. De años: _____

2.- ¿Durante cuantos años ha fumado en forma regular? _____ años.

3.- Marca de cigarros que fuma regularmente: _____

4.- ¿Cuántos cigarros en promedio fuma al día? _____

- (1) De 1 a 9
- (2) De 10 a 19
- (3) Más de 20

5.- Numero de minutos que pasan desde que se despierta por las mañanas y enciende su primer cigarrillo:

- (0) Más de 60 minutos
- (1) De 31 a 60 minutos
- (2) De 6 a 30 minutos
- (3) Menos de 5 minutos

6.- ¿Tiene problemas para dejar de fumar en lugares donde está prohibido hacerlo, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

- (0) No
- (1) Sí

7.- ¿Qué cigarro le molestaría más dejar de fumar, el primero de la mañana o todos los demás?

- (0) todos los demás
- (1) el primero de la mañana

8.- ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

- (0) No
- (1) Si

9.- ¿Fuma a pesar de estar tan enfermo que tiene que permanecer en la cama la mayor parte del día?

- (0) No
- (1) Si

10.- Desde que fuma regularmente, ¿Cuántos intentos serios ha tenido para dejar de fumar? (como por ejemplo: de 7 a 10 veces) _____

11.- En el año pasado, ¿dejo de fumar por lo menos un día?

- (0) Sí, escriba el número de días: _____
- (1) No

12.- ¿Estas planeando seriamente dejar de fumar en los próximos 30 días?

- (0) No
- (1) Si

13.- En la siguiente escala del 1 al 15 que numero refleja que tan listo estas para dejar de fumar:

- (1) no estoy listo para dejar de fumar
- (2) algo inseguro para dejar de fumar
- (3) inseguro para dejar de fumar
- (4) un poco seguro para dejar de fumar
- (5) estoy listo para dejar de fumar

14.- Si dejara de fumar. ¿Qué efectos secundarios tendría y porqué?_____

ANEXO 8. POSIT

Nombre: _____ Fecha: _____

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la mejor forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con sinceridad. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor responde con cuidado. Nadie podrá leer las respuestas que tú nos des. Contesta todas las preguntas. Al responder piensa en lo que te ha ocurrido durante los últimos seis meses.

POSIT

Pregunta	si	No
1.- ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?	1	2
2.- ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otras personas accidentalmente estando bajo el efecto de drogas o alcohol?	1	2
3.- ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2
4.- ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	2
5.- ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	2
6.- ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
7.- ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
8.- ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2
9.- ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	2
10.- El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	1	2
11.- ¿El uso del alcohol o de drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste o de estar triste a estar contento (a)?	1	2
12.- ¿Pierdes días de clases o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
13.- ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
14.- ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
15.- ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	2
16.- ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2
17.- ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2

Total: _____

ANEXO 9. CAD-20

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de tu relación con algunas sustancias (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco), durante los últimos 12 meses, te pedimos leas con cuidado cada afirmación y *respondas* con un SI o NO, según sea el caso para cada una de ellas. Por favor responde a todos los reactivos.

CAD-20

Durante los últimos 12 meses:

	SI (1)	NO (2)
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiera?		
6. ¿Ha tenido “lagunas mentales” o “alucinaciones” como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja o familiares se queja(n) constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo/escuela debidos al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. Se ha involucrado en peleas cuando esta bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro(sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ejem, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

