



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO



**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y
CLÍNICOS ASOCIADOS AL ABUSO DE SUSTANCIAS
EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS
ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20
VALLEJO.**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. SALAZAR REYES JUAN PABLO.

TUTOR:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ASESOR CLINICO:

DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

GENERACIÓN 2016-2019

CIUDAD DE MÉXICO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL
ABUSO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO.**

TUTOR:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
EN LA UMF No. 20**

**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL
ABUSO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO.**

ASESORA CLINICO:

**DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR
INVESTIGADOR ASOCIADO "B", UNIDAD DE INVESTIGACION EN
EPIDEMIOLOGIA CLINICA,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CMN SIGLO XXI, IMSS**

**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL
ABUSO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO.**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UMF NO. 20**

**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL
ABUSO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO.**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 20**

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

*Primeramente, agradezco a **Dios** por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis propósitos en la vida, que es ser Médico Familiar.*

*Con todo mi cariño y amor, para las personas que han sido la motivación para seguir adelante, **mi esposa Lizet y a mi hija Paulina**, ya que son la fuerza para levantarme, y continuar en los momentos más difíciles en este camino, por su apoyo incondicional; porque me han forjado mis valores, principios, empeño, carácter, ser perseverante y me dan coraje para alcanzar mis objetivos.*

***A mis padres**, personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, porque creyeron en mí en todo momento, fomentando mi superación y entrega tanto profesional como personal, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy alcanzo mi meta de ser médico especialista, ya que siempre están impulsándome en los momentos difíciles de mi vida.*

***A mis coordinadoras** de la especialidad, Dra. Santa y Dra. Carmen que, en este andar por la vida, influyeron enormemente con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y excelente profesional, capacitado para las demandas y retos que exige la sociedad y la vida, gracias por empoderarme y enamorarme más de la medicina familiar.*

*Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía; en especial **a los médicos adscritos** por compartir su conocimiento y contribuir a mi formación; **a mis amigos de la residencia** que compartieron sus alegrías y tristezas.*

INDICE

	PAG
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS.....	16
HIPÓTESIS.....	17
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	18
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	46

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL ABUSO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO.

SALAZAR-REYES JUAN PABLO ¹, VEGA-MENDOZA SANTA², LAVIELLE-SOTOMAYOR MPD³.

1. Residente tercer año Medicina Familiar UMF20 IMSS.
2. Médico Familiar, UMF20, IMSS.
3. Maestra en epidemiología clínica, CMN Siglo XXI, IMSS.

Introducción. El consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes ha incrementado su prevalencia en el 2011 con 21.5% al 2014 un 24.4%.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancias en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo. **Material y Métodos:** Estudio analítico, en 1063 adolescentes de Nivel Medio Superior; previo consentimiento informado se aplicó encuesta de factores de riesgo individuales, familiares y clínicos sobre el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas, así como características sociodemográficas. Estadística Ji^2 y IC95%. **Resultados:** Promedio de edad 16.2 ± 1.2 años, rango de 16-17 años el 51.6%(549). El 65% (691) fueron mujeres y 35% (372) hombres; NSE medio 49.3% (524). Adolescentes con consumo de alcohol 43.3%, drogas ilícitas 11.8% y tabaco 19.7%. Los factores que aumentan el riesgo a consumo de alcohol fue presencia de enfermedad (IC95%1.307-2.659); para drogas ilícitas el intento suicida (IC95%1.083-2.290) y para tabaco presencia de enfermedad (IC95%1.274-2.800), ideación suicida (IC95%1.279-2.447) e intento suicida (IC95%1.277-2.347). **Conclusiones:** Aunque el origen del abuso de sustancias tiene un desarrollo multifactorial, este riesgo incrementa en los adolescentes al presentar alguna enfermedad y problemas de salud mental (intento/ideación suicida).

Palabras Claves: Adolescentes, Adicciones, factor individual, factor familiar y Factor clínico.

ABSTRACT

INDIVIDUAL, FAMILY AND CLINICAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SUBSTANCE ABUSE IN ADOLESCENTS FROM 14 TO 19 YEARS OF AGE ADJECTED TO THE JURISDICTION OF THE UMF 20 VALLEJO.

SALAZAR-REYES JUAN PABLO ¹, VEGA-MENDOZA SANTA², LAVIELLE-SOTOMAYOR MPD³.

- 1. Resident third year family medicine UMF20 IMSS.**
- 2. Doctor family UMF20 IMSS.**
- 3. Master in clinical epidemiology, CMN Siglo XXI, IMSS.**

Introduction. The consumption of psychoactive substances in adolescents has increased its prevalence in 2011 with 21.5% in 2014, 24.4%. **Objective:** To determine the individual, family and clinical risk factors associated with substance abuse in adolescents between the ages of 14 and 19 assigned to the jurisdiction of the UMF 20 Vallejo. **Material and Methods:** Analytical study, in 1063 adolescents of Upper Middle Level; with prior informed consent, a survey was applied of individual, family and clinical risk factors on the use of tobacco, alcohol, illicit drugs, as well as sociodemographic characteristics. Statistics J_i^2 and IC95%. **Results:** Average age 16.2 ± 1.2 years, range of 16-17 years, 51.6% (549). 65% (691) were women and 35% (372) men; NSE means 49.3% (524). Adolescents with alcohol consumption 43.3%, illicit drugs 11.8% and tobacco 19.7%. The factors that increase the risk of alcohol consumption were the presence of disease (IC95% 1.307-2.659); for illicit drugs the suicide attempt (IC95% 1.083-2.290) and for tobacco presence of disease (IC95% 1.274-2800), suicidal ideation (IC95% 1.279-2.447) and suicide attempt (IC95% 1.277-2.347). **Conclusions:** Although the origin of substance abuse has a multifactorial development, this risk increases in adolescents when presenting some disease and mental health problems (attempt / suicidal ideation).

Key words: Adolescents, Addictions, individual factor, family factor and Clinical factor.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL ABUSO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO.

INTRODUCCION.

El rápido desarrollo de nuestras sociedades con lleva a la aparición de una serie de problemas que hacen vulnerable a los adolescentes y con ello la estabilidad de las familias, y a su vez a la sociedad, limitando la capacidad de las personas, así como la calidad de vida; tal es el caso del uso de sustancias psicoactivas. En México desde 1976 se han llevado estudios de manera periódica en estudiantes de nivel medio y medio superior de la CDMX, y desde el año 2000 se ha llevado en otras ciudades del país. Para el 2006 en México habían 22, 190,481 adolescentes, esto representa el 20.63% de la población total. El consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes tardíos (15 a 19 años de edad) era del 21.5% en el 2009, posteriormente en el 2012 incremento al 24.4%. En el año 2012 la población entre 15 a 25 años de edad obtuvieron el primer lugar en consumo de alcohol, tabaco y drogas, con mayor frecuencia en hombres dos a tres veces mayor que las mujeres. En cuanto a la mortalidad en el grupo de adolescencia tardía, dentro de las primeras 5 causas de muerte son los accidentes en vehículos de motor, los cuales son secundarios al uso excesivo de drogas lícitas (alcohol, tabaco) e ilícitas, o el consumo combinado de dichas sustancias.

De acuerdo con el Informe Mundial de Drogas 2012, el incremento en el número total de consumidores en países en desarrollo como México, tiene varias explicaciones, una de ellas apunta hacia el mayor crecimiento demográfico, especialmente de su población joven y a la rápida tasa de urbanización. Otro elemento que se suma a este panorama, es el cierre de la brecha de consumo entre hombres y mujeres en estas regiones, como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales y de una mayor igualdad de género; por lo tanto, el consumo de drogas, en la actualidad, es entendido como un fenómeno de múltiples causas y determinantes. En este sentido, son muchas las variables que se han asociado repetidamente al consumo del alcohol, de productos de tabaco y de drogas ilegales que se representan en un complejo fenómeno, originado por un amplio entramado de factores, como es la alta presencia de factores de riesgo y la ausencia de factores protectores en los adolescentes, cuyo abordaje requiere de información epidemiológica veraz y la cual debe de ser actualizada.

Principalmente, los mayores incrementos de consumo son hacia drogas ilegales y médicas, así como el patrón de consumo excesivo que en el primer caso se ha duplicado y en el segundo creció más del 60%. En la Ciudad de México se sabe que, siete de cada 10 estudiantes de secundaria y bachillerato han consumido alcohol o tabaco alguna vez en la vida.

Las drogas impactan en múltiples esferas, afectan el desarrollo económico y social, aumentan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones y con más de 60 enfermedades infecciosas entre las de mayor importancia son el VIH, hepatitis B y C; y crónicas como la cirrosis, problemas cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras. Tienen una manifestación visible en diferentes formas de violencia que puede estar asociada con el crimen organizado, con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas

en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas.

Por lo tanto el propósito central de la investigación es la identificación de forma temprana de los factores de riesgo y protección en los adolescentes de nuestra jurisdicción sanitaria, dicha investigación no sólo pretende detectar aquellas características tanto individuales, familiares y clínicas, que incrementan el riesgo del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en determinados jóvenes; en su caso identificar aquellos factores protectores que pueden llegar a reducir o atenuar la probabilidad de iniciar algún tipo de adicción, y por medio de dichos factores identificar aquellos individuos que se encuentran inmersos o vulnerables al desarrollo de dicho problema de alto impacto para el sector salud y la sociedad (escolar, familiar); con el objetivo de iniciar de forma prioritaria un manejo multidisciplinario (personal docente, administrativo de instituciones escolares, de salud e integrantes familiares; incluyendo a los médicos familiares y personal de salud especialista en adicciones) con mayor efectividad en las medidas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración a las actividades familiares y de la sociedad, para mejorar la calidad de vida y el aprovechamiento escolar; con el fin de disminuir esta problemática significativamente, reducir los costos en atención de la salud sobre el abuso de sustancias lícitas e ilícitas, y tener una mejor formación de los adolescentes para la vida profesional y sociocultural.

MARCO TEORICO

En la actualidad la Organización Mundial de Salud (OMS), menciona que la Adolescencia es aquella etapa del ciclo de la vida comprendida entre los 10 a los 19 años de edad, que la clasifica en dos grandes grupos con el fin de establecer un adecuado comportamiento a la morbilidad y mortalidad, además de las características significativas tanto sociales como fisiológicas: la adolescencia temprana comprendida de los 10 a los 14 años y adolescencia tardía entre los 15 y 19 años.¹

La adolescencia es el momento en la cual el individuo se encuentra con mayor propensión a asumir riesgos, impulsividad y se caracteriza por una conducta imprudente que puede conducir a la iniciación y el abuso de sustancias.²

La OMS define como droga psicoactiva, sustancia al ingerir por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular, intravenosa) que es capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores; se entiende como drogas la marihuana, cocaína, pasta, éxtasis, heroína, tabaco, alcohol y algunos fármacos.³ El consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes es un problema grave de salud pública que ha sido objetivo de numerosas investigaciones y de diversos modelos de prevención en todo el mundo; sin embargo a todo esto el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas continua incrementando principalmente en la adolescencia tardía, donde el alcohol comienza alrededor de los 17.7 años, el tabaco a los 20.4 años y las sustancias ilícitas a los 18.8 años aproximadamente. El uso de drogas tanto lícitas como ilícitas se asocian con accidentes, deficiencias en el aprendizaje, bajo rendimiento académico, unión a grupos delictivos, niveles altos de violencia, adquisición de dependencia y cada vez consumir sustancias de mayor potencia o mayores riesgos para la salud.⁴ Por tal motivo el consumo de drogas y sus consecuencias sociales y para la salud, es de suma importancia para la nación, y una de las incertidumbres más comunes es que impacto tiene dicho problema.⁵

En un panorama internacional la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en su reporte 2015 menciona que una de cada 20 personas entre los 15 y 64 años de edad ha consumido alguna droga ilegal, lo que equivale a 246 millones de personas aproximadamente. Dicha cifra representa un incremento de casi tres millones de personas con respecto al 2014, aunque es proporcional al crecimiento general de la población mundial. Sin embargo, aproximadamente 29 millones de personas usa droga de manera problemática y cursa con trastorno relacionados a su consumo; de las cuales 12 millones de personas son consumidoras de drogas por vía intravenosa, y el 14% de dicha población son VIH positivo, lo cual da la importancia en impacto económico, sanitario y social del uso de las drogas, lo que significa que nos encontramos ante un problema de salud pública de gran importancia.⁶

Las mortalidades asociadas al uso de drogas en el 2014 fueron alrededor de 207 400, es decir 43.5 muertes por millón de personas entre los 15 y 64 años de edad, entre un tercio y mitad de la parte de dichas defunciones son a consecuencia de sobredosis por opioides; dicha cifra a se ha permanecido

estable en todo el mundo, pero es una cifra inaceptable ya que dicha cifra de mortalidad es totalmente prevenible. Es importante recordar que se encuentran en mayor riesgo de sobredosis y contagio (VIH y Hepatitis C) aquellas personas consumidoras de drogas intravenosas repercutiendo en gastos de enfermedades crónicas, mayor estancia hospitalaria, convertirse en un grupo a través del cual contagian enfermedades de transmisión sexual a la población en general, además de tener un deterioro social significativo.⁶

Este panorama internacional sobre el consumo de drogas es un poco difícil de entender y de plasmar en datos crudos con fines estadísticos, ya que muchas de las personas que consumen dichas sustancias de forma habitual y ocasional, tienden a hacer policonsumidoras que utilizan más de una sustancia simultáneamente o sucesivamente.⁶ El Informe Mundial sobre las Drogas 2014, refiere que el consumo en cuanto a sexo los hombres son más propensos al uso de sustancias que las mujeres con una relación de dos a tres veces más; en edad menciona un aumento significativo en jóvenes de 12 a 17 años con un porcentaje de aproximadamente el 19% de la población 12 a 65 años de vida; la sustancia de mayor consumo entre los jóvenes es la Marihuana en un 16% y en segundo lugar la cocaína con un 14.9%.⁷ Un punto muy importante es sobre el consumo de tabaco, la OMS recientemente lo cataloga como una gran epidemia; es el responsable de aproximadamente 6 millones de muertes al año, y sigue siendo la principal causa de morbilidad evitable a nivel mundial.^{8,9} La UNODC menciona que el tabaco mata aproximadamente 7 millones de personas de forma anual, de las que más de 6 millones son consumidores activos, y alrededor de 890 000 son fumadores pasivos; internacionalmente en el 2014 había más de mil millones de fumadores y casi el 80% de dichos fumadores viven en países de ingresos bajos y medios.⁶ El tabaco es el principal factor de riesgo de cáncer, es el responsable del 33% de los casos de cáncer en hombres y el 10% en mujeres. Está ligado directamente con el 90% con cáncer de pulmón y 50% con cáncer de vejiga. Entre 80 000 y 100 000 adolescentes tardíos se hacen adictos al tabaco cada día; y misma población tienen una gran incidencia de infecciones respiratorias a causa del consumo de tabaco.¹⁰ El alcohol es el principal factor causal de más de sesenta tipos de enfermedades y lesiones, causando aproximadamente 2,5 millones de muertes al año a nivel mundial; la mortalidad por trastornos de abuso de alcohol ocupó el lugar 55° de 106 causas de muerte a nivel mundial, pero se sabe a ciencia cierta que en el continente americano la mortalidad en el consumo de alcohol se encuentra dentro de los primeros cincuenta lugares; por ejemplo en América Latina se encuentra en el 25° lugar, en América Central el 29° lugar, el 41° lugar en América Sur. El consumo en la adolescencia es totalmente nocivo para la salud, si se consume antes de los 15 años de edad se ha demostrado tiene cuatro veces más probabilidad de desarrollar dependencia en la vida adulta. El alcohol es la sustancia de mayor consumo en estudiantes de secundaria y bachillerato, entre la edad de 13 a 17 años hay una prevalencia de consumo en el mes de más del 50%.⁷

El análisis epidemiológico a nivel nacional se inició en la década de los 1970's y fueron las encuestas aplicadas en escuelas las raíces para el estudio del consumo de sustancias psicoactivas, desde 1975 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz y la Secretaría de Educación Pública

han realizado investigaciones transversales en adolescentes escolares de secundaria y media superior.⁵

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) mostro que en México los adolescentes de 12 a 17 años aumento significativamente la prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal una vez en la vida de un 1.3% en el 2011 a un 2.9% en el año 2014; en mismo grupo de edad la marihuana fue la droga ilegal más consumida en un 2.4%, en segundo lugar, los inhalables con un 0.9%. Por sexo, el uso de cualquier droga alguna vez en la vida fue mayor en los hombres con un 25.7% y en mujeres 23.1%; igual en el último año (hombres 19.2%, mujeres 17.2%), y en el último mes con una prevalencia de hombres del 11.4% y mujeres 9.1%. en cuanto al uso de drogas medicas como tranquilizantes, sedantes y anfetaminas la prevalencia fue mayor en mujeres; de forma global el consumo de drogas tanto legales como ilegales sigue siendo más frecuente en los hombres, aunque las mujeres van al alza, es decir por cada 6 consumidoras hay 7 hombres con consumo de algún tipo de drogas.^{5,6,7} El tabaco es otra sustancia de gran importancia en cuanto al consumo en México ya que es la segunda sustancia psicoactiva con mayor consumo a nivel nacional; alrededor del 48.1% personas de 12 a 65 años de edad (más de 38 millones de personas) consumieron tabaco alguna vez en la vida; de los cuales aproximadamente hay 1.7 millones de adolescentes de 12 a 17 años de edad que son fumadores activos; el consumo de tabaco se ha incrementado significativamente, principalmente en las mujeres adolescentes de una 3.8% en el 2011 ha un 8.1% en el 2014.⁵ El consumo de alcohol es la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada, los adolescentes pueden estar en mayor riesgo de abuso de alcohol debido a patrones tradicionales familiares y culturales; en México los adolescentes tanto varones como mujeres refieren consumir alcohol antes de los 18 años de edad.¹¹ la prevalencia del consumo de alcohol en personas de 12 a 65 años de edad en alguna vez en la vida es de 71.3% (27 millones de personas) para el 2015, a diferencia en el 2011 que era del 61.3% (26.1 millones de personas); de los 27 millones de personas, 4.9 millones de personas equivalentes al 6.2% cumplen con criterios de dependencia de bebidas alcohólicas, de las cuales 4.2 millones son del sexo masculino y 740 mil son mujeres. En la población de 12 a 17 años de edad, 5.8 millones (42.9%) han bebido alcohol alguna vez en la vida, 30% en el último año y 14.5% en el último mes. El 4.1% de los adolescentes en dicha edad registraron patrón de dependencia.⁵

En la Ciudad de México en el 2012 por medio de la Encuesta Nacional de Adicciones, se encontró una prevalencia alguna vez del consumo de drogas de 24.4%, con un incremento significativo con respecto al 21.5% medido en el 2009. Las prevalencias de consumo en el último año y en el último mes fueron de 18.2% y 10.3% respectivamente.⁵ Este incremento tiene varias explicaciones, una de ellas apunta hacia el mayor crecimiento demográfico especialmente de la población joven y la rápida tasa de urbanización; así como la migración de adolescentes tardíos de provincia a esta gran urbe en búsqueda de mayores posibilidades de estudio y trabajo.^{5,11}

El consumo y abuso de drogas licitas e ilícitas por los adolescentes está ampliamente reconocido con un gran problema social y de salud, que en

México tiene un gran impacto y costo social por los daños provocados en las personas, familia y la sociedad.¹³

La adolescencia es una etapa en donde los jóvenes son más propensos a llevar a cabo conductos de riesgo no saludables tales como el consumo de drogas; debido a su condición física, desarrollo de habilidades e inicio a la integración social y laboral; lo que puede interrumpir el desarrollo personal y el proyecto de vida a futuro.¹⁴ Dicha etapa es un periodo de transición en el que se experimentan cambios en las escalas social, sexual, física y psicológica; frecuentemente cursan con deseos y sensaciones nuevas como las que ofrecen las toxicomanías que pueden modificar y alterar el núcleo familiar y el desarrollo evolutivo del adolescente.¹⁵

En esta etapa sobre todo en la adolescencia tardía, el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijados, al menos orientados, configurando la propia identidad del sujeto, experimentando un propio desarrollo emocional, comportamental y físico que llevara al adolescente a independizarse de sus padres y buscar esa identidad; son bases para explicar algunas teorías sobre el consumo de drogas legales e ilegales en dicha etapa de la vida como son:¹⁶

Teoría de la Conducta Planificada, Se basa en la autorregulación cognitiva como un aspecto importante de la conducta humana: establece que la mejor manera de comprender y predecir las conductas de los sujetos es conociendo sus intenciones para actuar. Sus principios básicos son la actitud, norma subjetiva, y control conductual, es decir el adolescente enfrenta los riesgos sobre las intenciones y el consumo de drogas; en estudios previos demuestran que los adolescentes que consumen algunas drogas ilícitas muestran una actitud favorable al consumo, que aquellos adolescentes que no consumen algunas drogas, así mismo los hombres presentan mayores actitudes, normas subjetivas y control conductual hacia el consumo de drogas que las mujeres.¹⁴

Teoría de la puerta de la droga de entrada. La droga puerta de entrada se define como la secuencia en el uso de una sustancia precede y aumenta de alguna forma la probabilidad del uso de otra sustancia; su fundamento menciona al adolescente como sujeto vulnerable ya que la corteza prefrontal, es una estructura involucrada en el juicio, planificación y toma de decisiones, esta zona del cerebro es la última en desarrollarse en el adolescente tardío, esto explica porque los adolescentes tienden a tomar riesgos entre ellos el abuso de drogas y porque la exposición a drogas en dicha etapa pueden afectar la propensión para adicción futura y/o el ingreso de una nueva sustancia de mayor adicción; las drogas de inicio son aquellas que son legales como el tabaquismo y alcoholismo, estas producen cambios neurobiológicos que aumenta la respuesta del sistema nervioso central a otras sustancias adictivas.¹⁶

Teoría Ecológica; Engloba los niveles (Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema) que se deben considerar ciertos factores en cada nivel (personales, escolares, familiares y sociales) que influye en el itinerario vital de la persona en forma más o menos directa; todos los niveles se relacionan entre si, de modo que el cambio en el estado de uno de los elementos realiza ambos en los otros; la interacción de diferentes factores

incrementan o reducen la probabilidad de una persona inicie, mantenga o aumente el consumo de drogas. Por tanto, todos deben ser considerados para entender un fenómeno con un claro componente social como las drogodependencias.^{7,17,18}

Esta teoría representa las relaciones entre un ambiente cambiante y un individuo activo y en constante desarrollo; es decir se basa desde una perspectiva social; la adolescencia tardía es caracterizada por la gran vulnerabilidad a las conductas de riesgos, la de mayor importancia es el consumo de diversas sustancias, debido a las siguientes causas:¹⁶

- **Necesidad de Reafirmación:** La adolescencia, etapa para realizar formación de identidad propia, tarea crítica en dicha etapa, se preocupa la persona en exceso por su imagen el cómo son percibidos por terceras personas. La necesidad se obtiene con mayor frecuencia en fines de semana nocturnos, se inicia consumo de alcohol y otras drogas como objetos/sustancias iniciativas generadoras de vínculos sociales.^{16,17}
- **Necesidad de transgresión:** Actualmente los adolescentes cuentan con padres que han venido practicando y exigiendo la idea de libertad como el valor supremo, como una idea principal en la cultura, del orden de los valores-, de la cual los adolescentes se apegan mucho para realizar actos de riesgo que ellos lo ven como una meta o algo normal, sin saber las limitaciones de lo bueno de lo peligroso, es decir los jóvenes viven cada acto como una provocación frente al mundo adulto y sus normas.^{16,18}
- **Necesidad de conformidad intragrupal:** Necesidad para el adolescente permanecer y ser aceptado a cierto grupo que responde a sus expectativas sociales, educativas y psicológicas individuales. En este grupo se realizan intercambios de experiencias de situaciones familiares personales, actividades de ocio, o intereses personales que el adolescente ha tenido y puede transmitir a sus pares. Además, que el adolescente se siente integrado en la sociedad y particularmente al grupo etario que pertenece.^{16,17}
- **Sensación de invulnerabilidad:** Son tres características que presenta el adolescente: el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones secundarias de su orientación a la novedad y a la independencia. Este grupo piensa que sus experiencias son tan únicas, irrepetibles e igualables y que ninguna persona sería capaz de entenderlas y poder sobrellevarlas; que dicha experiencia los protege de peligrosos sin entender las consecuencias de conductas de riesgo y llegan a la conclusión que ellos los pueden controlar.^{16,17}
- **El rechazo a la vida del adulto:** La gran necesidad de autonomía que experimenta el adolescente llevándolo a rechazar del adulto cualquier tipo de ayuda respecto a enfrentar cualquier conducta de riesgo que amenaza la vida o el desarrollo normal del adolescente, sobre todo ya que los adolescentes están poco orientados a pedir ayuda.¹⁶
- **Susceptibilidad frente a las presiones del entorno:** La adolescencia es una etapa que se caracteriza por ser sensible a publicidad dirigida hacia el consumo de drogas, como el tabaco y alcohol, ya que da la

imagen de pertenecer a un grupo socialmente aceptable y la mayor parte se encuentra influenciado por los medios de comunicación.^{16,18}

Teoría del modelo de desarrollo social. Se centraliza en los conflictos intergeneracional, con el posterior distanciamiento del adolescente a la familia y posterior al entorno social y escolar.¹⁸

Teoría de la autoestima social. Establece que las influencias sociales impactan en los adolescentes psicológicamente haciéndolos vulnerables ocasionando déficit en relaciones sociales, académicas; provocando autoestima baja, ansiedad, depresión y estrés; y cuantos más factores se presenten los adolescentes, mayor es la probabilidad en el consumo de sustancias. El adolescente ingiere sustancias para potenciar las relaciones entre sus iguales, incrementando valores de amistad y solidaridad grupal.¹⁸

Teoría sociocognitiva o de Bandura. Vinculada con varios comportamientos de riesgo, se basa en los principios de la persona, aprendizaje y su cognición, en entorno al ambiente en que se desarrolla la conducta del adolescente. El principio de aprendizaje se destaca el condicionamiento clásico, condicionamiento operante, y el aprendizaje por observación en el que la conducta de un adolescente u grupo actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo; el elemento importante de la teoría es la construcción de autoeficacia, distinguiéndose de dos tipos de expectativas, expectativa por resultado y expectativa por autoeficiencia. El concepto de autoeficiencia se entiende por la convicción personal de ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado en una situación, actividad o dominio y que se encuentre en riesgo.¹⁹

Teoría del aprendizaje social. Menciona que desde la infancia se aprende del entorno social mediante la observación de otras personas, así como de su comportamiento y actitudes; es decir los adolescentes se encuentran expuestos algún tipo de adicción ya que si los padres, familiares, amigos y/o conocidos consumen alguna sustancia legal o ilegal con el fin de imitar a sus padres. Es común que el entorno social que rodea a los jóvenes de 12 a 17 años permite que el consumo de drogas este cada vez más presente y que se encuentre en incremento, ya que dicho consumo ante la sociedad se ve aceptable, se incorpora o se pertenece a un grupo.^{8,13}

Teoría de la percepción de riesgo. Apuntan que la percepción de riesgo es un factor determinante ante el consumo de sustancias psicoactivas; los índices elevados del consumo de drogas en los adolescentes son debido a la baja percepción de riesgo de dicho consumo, en el cual involucra diversos factores (tipo de personalidad, ansiedad social, conducta prosocial y conducta antisocial) que favorecen la percepción y el incremento en las tasas de comportamiento adictivo a tales drogas en los adolescentes.¹³

Teoría sociodemográfica, familiar y psicosocial. Menciona que el pertenecer a una sociedad en la cual el consumo de sustancias es aceptado por la población como normal, el adolescente es propenso a seguir dichas conductas; el dominio más afectado es la atención familiar, en el cual destacan variables como la pobreza, la falta de relación con los padres, la poca comunicación, el inadecuado manejo de límites familiares y sociales, escaso

tiempo compartido por la familia y amigos, así como la ocupación, relaciones interpersonales, orientación a futuro, rechazo de madre-padre y grado escolar.¹³

Todas las teorías se basan en una serie de factores biopsicosociales que juegan un papel importante a cualquier nivel de modelo ecológico y los dividen en dos categorías: factores de riesgo y factores de protección, estos factores se han identificado en el individuo (edad, sexo, grado de conocimiento, preparación y capacidad de acción), familia (tipo de familia, ciclo vital familiar, funcionalidad y relaciones intrafamiliares) y sociedad (comunidad, escuela, centros de desarrollo, prácticas culturales, medios de difusión, determinantes sociales, recursos económicos, creencias religiosas y políticas).^{10,20}

El factor de riesgo (entendidos como variables predisponentes) se define como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento); la mayor importancia de conocerlos es que nos permiten identificar oportunidades de prevención.^{7,20}

Factor de protección (entendidos como variables reductoras de la predisposición) se delimita como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas; el conocimiento de dichos factores ayuda a identificar una manera adecuada de intervención y de iniciar tratamiento.^{7,20}

Con respecto a las causas del consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia se han analizado variables individuales, familiares, escolares, de los iguales, culturales, comunitarias y de los medios de comunicación; que las ubico en diferentes niveles del modelo ecológico: Microsistema (Inmediato al individuo, es decir familia; consumo por parte de padre y/o Madre), Mesosistema (Interacción de dos o más internos o microsistemas, grupo de pares consumidores), Exosistema (Tenores que no incluyen al adolescente como sujeto activo, disponibilidad de la sustancia psicoactiva), Macrosistema (Las creencias culturales y subculturales del sujeto y la sociedad, hablamos de permisividad y tolerancia social hacia las personas que consumen drogas legales e ilegales).^{7,21}

La importancia de la explicación ecológica del consumo de drogas, es considerado como un fenómeno integral y de gran impacto social que incluye al individuo, familia, comunidad, sociedad, sistema histórico-cultural, sistema político, sistema económico, sistema jurídico y al propio producto y sus efectos en el adolescente que desarrolla su comportamiento y actitud en un marco determinado por los anteriores contextos.²²

Hay que recalcar que los factores de riesgo y de protección no pueden ser entendidos en términos de causalidad necesaria, si no de probabilidad: cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor será la probabilidad de consumo abusivo, y cuanto más dure la exposición a estos, más se incrementará esa probabilidad. En conclusión, no toda variable que disminuya la predisposición al consumo de sustancias psicoactivas podrá ser considera

como factor de protección; es decir que los factores de riesgo y de protección son bivalentes y su inclinación dependerá de cada sujeto.²² Actualmente se consideran los factores de riesgo/protección que son multicausales; pudiendo ser intrapersonales, interpersonales y del contexto familiar, escolar y comunitario.²³

Factores de riesgo para consumo de drogas:

Rajesh en 2015 en su estudio concluyo que los conflictos familiares están muy asociados con un mayor riesgo de consumo de sustancias, así como un aumento significativo en los niveles de tabaquismo entre los adolescentes.²⁴ Además de que si un padre es fumador o consumidor de algún tipo de droga es también una poderosa influencia en los comportamientos de los adolescentes ya que estos realizan imitaciones; la vinculación de los padres y los hijos consumidores, se refiere a menudo como una transmisión intergeneracional, es un caso especial y específico de la asociación entre conductas similares de riesgo para la salud y esto puede ser secundario a genes comunes (por ejemplo el gen del metabolismo de la nicotina), relaciones con biodisponibilidad de neurotransmisores (dopamina y serotonina) y con mayor importancia la observación de otros comportamientos y actitudes con el fin de emular un adecuado aprendizaje para ser aceptado en la sociedad que se desenvuelven los padres.^{8,25} Otro punto muy importante estudiado por Anda y cols es en la infancia es el maltrato infantil el cual puede ser por negligencia, abuso físico y sexual; estos eventos adversos se asocian con el hecho de un individuo inicia el consumo de sustancias principalmente el tabaco antes de los 14 años de edad.⁹

En estudios epidemiológicos han demostrado que los adolescentes experimentan varios de tipos de adversidades en las que se incluyen cuatro categorías, familia o disfunción parental, abuso y negligencia, pérdidas interpersonales y desventaja socioeconómica; que si algún adolescente presenta este tiene una mayor probabilidad de dependencia y abuso de sustancias, así como de otros trastornos psiquiátricos.²⁶ En la adolescencia tardía las transiciones y crisis familiares tanto del desarrollo como circunstanciales (por ejemplo pérdida de un empleo, la ruptura de un noviazgo, aparición de algo nuevo, detención y cuidado de algún familiar) se han asociado al consumo de drogas ya que experimentan en el cambio de roles una adaptación desadaptativa y como mecanismo de defensa puede posterior iniciar el consumo de sustancias psicoactivas.²⁷

Olsson y cols en 2003, menciona que aquellos adolescentes tardíos que tienen padres más liberales se vinculaban con el consumo de drogas, sobre todo aquellos padres que permitían actitudes hacia el uso de sustancias psicoactivas y/o que proporcionaban alcohol o tabaco en las reuniones.²⁰

Los factores de mayor importancia a nivel familiar para el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los adolescentes se centran en crisis circunstanciales que son altamente concurrentes en las que incluye el entorno social, la influencia de los padres y compañeros, la disponibilidad y accesibilidad de los cigarrillos y alcohol, y el refuerzo social para el uso de fármacos; los principales eventos precipitantes son la violencia entre padres, divorcio de los padres, crecer en la familia donde un miembro es abusador de sustancias, que un integrante

familiar se encuentre mentalmente enfermo o que algún familiar se encuentre encarcelado.²⁸ La mayoría de estos problemas es porque los adolescentes son hijos de adultos que son consumidores o presentan algún grado de dependencia hacia ciertas sustancias y la característica de estos sujetos es el bajo rendimiento académico y ser estresores ante cualquier eventualidades y la presencia de los padres.²⁹ En cuanto a la clasificación familiar aquellas personas pertenecientes a familias modernas tienden a tener un integrante con drogadicción en parte asociado por el cambio de roles en los progenitores, ya que la hipótesis que se tienen es que cuando la madre trabaja las funciones de afecto, cuidado y socialización hacia los hijos se encuentra perdidas;¹⁵ otra asociación importante es sobre aquellas familias muy tradicionales extremadamente rígidas que realizan sobreprotección en sus integrantes jóvenes influye negativamente en el adolescente desembocando una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto.¹⁶ La disfunción familiar y las relaciones intrafamiliares deficientes es un punto a tratar de gran valor estudiado por Osorio y cols, ya que a mayor disfuncionalidad familiar se asocia al uso y abuso de drogas ilícita, debido a la autoridad y supervisión son deficientes;¹⁵ la falta de comunicación familiar y un ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar déficit y carencias personales en donde los adolescentes las compensan con el consumo de drogas.¹⁶

En la esfera social uno de los puntos importantes en los jóvenes es la autoestima social alta tienen una relación positiva con las adicciones, vinculado al estar más tiempo con sus iguales y por consiguiente pertenecer a un grupo social consecuentemente adquirir más oportunidades de iniciar conductas de riesgo.⁴ Otro punto de importancia los momentos de ocio sobre todo los de fin de semana es cotidiano que los estudiantes sobre todo nivel medio superior que estos días consuman e incluso sean consumidores abusivos de drogas principalmente de tipo puerta de entrada (alcohol y tabaco); es importante recordar que el consumo de drogas tipo puerta de entrada en moderada cantidad y de forma ocasional su uso es algo totalmente normal en el aspecto sociocultural mexicano es aceptada por la televisión, el cine, la prensa debido porque muestran imágenes de personas famosas y de prestigio consumiéndolas, pero esto no quiere decir que dicho consumo sea adecuado para la salud y que no se tengan complicaciones o consecuencias tanto individuales, familiares y sociales,^{4,16} Lamentablemente la publicidad constituye una transcendental fuente de presión social hacia el consumo, estos anuncios asocian a las bebidas con valores, amistad, personalidad, transición a la edad adulta, estímulos atractivos, relaciones sexuales, riesgo, aventura y diversión; estos mensajes contundentes son difíciles de contrarrestar por los adolescentes por la carencia de actitud crítica.¹⁶ Los adolescentes que pertenecen a familias económicamente desfavorecidas asumen importantes responsabilidades domésticas, sufren cambios de roles y suelen experimentar ajustes y estrés más difícil, además de aunado a estos problemas tienen que cumplir con la escuela, lo cual crea en los jóvenes no sentir el sentido de estructura y apoyo que tienen las familias socioeconómicas altas, lo cual esta liberación de estrés los orilla al uso y abuso de sustancias; esta estrecha relación se basa en la desventaja social y económica por consecuencia de la marginación, exclusión social, desempleo y bajos niveles de educación.^{2,6} Aquellas personas con nivel socioeconómico bajo presentan otro factor de

riesgo que menciona Nieves Martin (2013) que es la residencia (colonia) en la que habitan, ya que suelen ser barrios conflictivos, con desorganización comunitaria, con fácil acceso a sustancias sobre todo las drogas legales (además por la cantidad de establecimientos donde se adquieren dichas sustancias, amplios horarios de venta y escaso control de venta a menores de edad) o la movilidad de la población en determinado territorio, el desarraigo cultural y social, falta de recursos y servicios de urbanización, la falta de uso y actividades del tiempo libre, la tolerancia hacia el consumo o la propia discriminación hacia cierto grupo de adolescentes.^{16,17} Aunque Becoña en su estudio en el 2013 menciona que el nivel socioeconómico alto es un factor de riesgo debido al deseo de experimentar nuevas sensaciones, pertenecer a una elite escolar, aunado al apoyo monetario de los padres para comprar cualquier tipo de sustancia, además de estar vinculados en los centros nocturnos con el personal que distribuye las sustancias psicoactivas.^{6,20}

En cuanto a los factores de riesgo personales de enorme impacto es la desinformación y los prejuicios del adolescente; la falta de conocimiento o la información falsa de las drogas repercute a corto, mediano y largo plazo impidiendo valorar los riesgos o alienta la curiosidad del uso de sustancias. Las actitudes favorables hacia el consumo de alcohol y las drogas es un importante predictor positivo; los problemas personales, y la autoestima baja del adolescente es un factor de gran importancia ya que puede intentar aliviarlos recurriendo a la ingesta de sustancias psicoactivas.^{16,30}

Hay dos factores críticos individuales en los jóvenes que favorecen el consumo abusivo de drogas los cuales son la percepción de ausencia de afecto y aceptación, y el comportamiento antisocial, ya que estos se han demostrado que repercute y se asocia con la búsqueda de experimentar nuevas sensaciones corporales y psíquicas.^{22,30}

Factores protectores ante el consumo de drogas:

Dentro de los factores protectores de amplio espectro, existe un concepto llamado familismo definido como identificación fuerte y apego a la familia inmediata y extendida e incluye dimensiones de responsabilidad familiar y obligación familiar, de ser material y apoyo emocional.¹¹ El termino familismo engloba a la familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado, sentido de la vida elaborado, permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia; en términos generales nos referimos a la lealtad, reciprocidad y solidaridad hacia la familia, además de un adecuado respeto en el que se caracteriza manteniendo relaciones jerárquicas basadas en la edad, género y estatus social.²⁴ Las familias mexicanas valoran altamente la unidad familiar, el apoyo mutuo, la interdependencia de actividades cotidianas, la cultura, y la excelente comunicación de actividades cotidianas; el llamado familismo mexicano hace énfasis en la obligación familiar basada en el sentido psicológico de la ayuda (sentido de cercanía), el respeto familiar, resiliencia cultural, sentimientos de éxito y la contribución familiar (necesidad de prestar asistencia a la familia a diario); esta obligación en los mexicanos se observa con mayor frecuencia en condiciones de estrés; esta puede ser cuando el adolescente se ve vinculado al consumo de sustancias.² Las características de

la relación entre los padres y los jóvenes, a las que llamamos prácticas parentofiliales; y si estas relaciones se basan en la calidez, el apoyo y la aceptación de su entorno protegen contra el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. Los adolescentes cuyo comportamiento general es controlado adecuadamente por sus padres muestran niveles bajos del consumo de sustancias; el estilo parenteral autoritario con nivel alto de comunicación en el sistema parentofilial y control activo de los padres se ha demostrado ser protector para el uso de sustancias.^{20,25} Estas características en los adolescentes interiorizan los valores de su familia, se sienten conectados e incrustados dentro de una red de apoyo que da sentido y estructura para seleccionar estrategias efectivas para evitar consumo de drogas.²

Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro (2007) en su estudio menciona que una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva.^{27,30} Dichas características son fundamentales para entender el papel del funcionamiento familiar, una adecuada funcionalidad otorga adecuados resultados conductuales de la juventud de los mexicanos.²⁴ Las características de crianza de los padres a los hijos, hablamos de calidez, apoyo, aceptación, prácticas parentales estables, contribuyen de forma importante para el desarrollo de los adolescentes sanos y sobre todo factores de protección para la prevención de conductas de riesgo.²⁵ El tipo de familia que se ha asociado y se ha demostrado como factor protector es la familia nuclear e integrada, se menciona por el adecuado cumplimiento de las funciones, y dichas familias sobrepasan mejor las transiciones del ciclo vital familiar (dispersión es la etapa de mayor protección), cada integrante cumple con sus roles otorgando un equilibrio en la dinámica familiar y aceptando la evolución natural del desarrollo de la familia; a lo que llama Weinreich como funcionamiento familiar armónico.¹⁵

Los grupos de menor nivel socioeconómico se ha demostrado en múltiples estudios que son menos propensos y presentan menor probabilidad de hacer en drogodependencia a comparación de un nivel socioeconómico alto ya que estos son los que pagan precios altos y mayor accesibilidad a sustancias psicoactivas.⁶ Gómez Fraguel y cols en el año 2006 destacaron que desde nivel socioeconómico medio bajo se relaciona con ciertas estrategias de afrontamiento (estilo de afrontamiento productivo: esforzarse y concentrarse en resolver los problemas, fijarse en lo positivo) parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales.^{30,31}

En el ámbito escolar hay varios factores protectores que se encuentran en el adolescente que juega un papel importante tanto los profesores como los tutores y padres de familia; entre los que se destacan la asistencia escolar frecuente (asistir a más del 80% de las clases), adecuado rendimiento escolar (no repetir ningún año escolar), se ha encontrado en de estudiantes

adolescentes muestran tres veces más probabilidades de no consumir algún tipo de droga.^{16,31}

La esfera social tienen varios factores protectores en los principales se encuentran las actividades del tipo ocio una de ellas son las salidas con los amigos, dichas salidas entre semana tienen menos probabilidad de consumir, el salir por la noche en los fines de semana una vez al mes tienden a un menor consumo a comparación de aquellos que salen dos veces por mes; actividades culturales (asistencia al teatro, cine, religión y museos) y deportivas, aquellos adolescentes que realizan alguna actividad de forma rutinaria de tipo semanal presentan menos probabilidades de no ser consumidoras a comparación de aquellos que no realizan alguna actividad o son sedentarios; los adolescentes que dentro de sus amigos no son consumidoras tienen cinco veces menos probabilidad de ser consumidoras.^{16,23,31}

Pastor y cols, en (2006) refiere que el consumo de alimentos sanos y prácticas sanas de deporte, competencia deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud, actuando como variable mediadora en esta relación la participación deportiva.^{23,31}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha visto un incremento considerable en el consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol, tabaco), e ilícitas (otras drogas) en todas las etapas de la vida y con mayor frecuencia en la adolescencia, en esta etapa en donde los jóvenes son más propensos a llevar a cabo conductos de riesgo no saludables tales como las adicciones las cuales pueden ser secundario a la inmadurez mental, al rápido crecimiento demográfico, el uso inadecuado de la tecnología, la igualdad de género, la condición física, desarrollo de habilidades e inicio a la integración social y laboral. Dicha etapa es un periodo de transición en el que se experimentan cambios en las escalas social, sexual, física y psicológica; frecuentemente cursan con deseos y sensaciones nuevas como las que ofrecen las toxicomanías que pueden modificar y alterar el núcleo familiar y el desarrollo evolutivo del adolescente; además las adicciones fomentan la violencia, crimen organizado, actividades delictivas, mayor índice de pobreza, enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas que afectan al sector salud, sobre todo favoreciendo el bajo rendimiento escolar lo que interrumpe el desarrollo personal y el proyecto a futuro; desafortunadamente en nuestro país no se realizan investigaciones sobre los factores que desencadenan dichas conductas, así como aquellas circunstancias que protegen el consumo de sustancias nocivas para la salud; además de que los adolescentes es una etapa la cual es poco estudiada y tratada por los médicos familiares ya que no asisten a las unidades de primer nivel; lo cual hacen que estos jóvenes sean vulnerables y no se apliquen las medidas preventivas necesarias para reducir esta gran problemática, a pesar de las consecuencias negativas que tienen tanto para el individuo que lo padece como para la familia y la sociedad en general.

Dado que esta entidad es cien por ciento prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su frecuencia e identificar factores de riesgo individuales, familiares y clínicos en estudiantes adolescentes, para elaborar planes de prevención.

Es fundamental que nuestros adolescentes se encuentren sanos física y emocionalmente, por el alto impacto que tienen en la sociedad; el alto costo que afecta al sector salud, a la sociedad y sobre todo a nivel familiar; el que estos sujetos en unos años serán la población profesionalmente activa. Es por eso que nos hacemos la siguiente ***pregunta de investigación***:

¿Cuáles son los Factores de riesgo, individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancias en los adolescentes de 14 a 19 años de edad de la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los Factores de riesgo, individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancias en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.

Objetivos Específicos

1. Calcular la frecuencia de tabaquismo, alcoholismo y uso de otras drogas en adolescentes de la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.
2. Identificar los factores de riesgo individual asociados al abuso de sustancias en adolescentes (edad, sexo, nivel socioeconómico, grado de estudios),
3. Identificar los factores familiares asociados al abuso de sustancias en adolescentes en los adolescentes (relaciones intrafamiliares).
4. Identificar los factores clínicos asociados al abuso de sustancias en adolescentes (presencia de enfermedad, percepción de salud, actividad física y salud mental).

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: Mientras más factores de riesgo tanto individuales, familiares y clínicos existan en los adolescentes mayor será el riesgo de presentar algún tipo de abuso de sustancias licitas e ilícitas.

Hipótesis nula: A menos factores de riesgo tanto individuales, familiares y clínicos existan en los adolescentes menor será el riesgo de presentar algún tipo de abuso de sustancias licitas e ilícitas.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO. El estudio se realizó en el Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Vallejo perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicado en Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero, Teléfono 5747-3500; se realizó en adolescentes que están bajo la Jurisdicción Sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar # 20.

DISEÑO. Estudio de tipo transversal analítico.

GRUPO DE ESTUDIO: Adolescentes de Nivel Medio Superior entre 14 a 19 años de edad que pertenecían a la Jurisdicción Sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20.

CRITERIOS DE ESTUDIO

Criterios de Inclusión

- Adolescentes que se encontraron estudiando bachillerato en el CCH vallejo y que pertenecieran de la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20
- Adolescentes ambos sexos entre los 14 y 19 años de edad.
- Padres de los adolescentes que otorgaron el consentimiento informado para que su hijo participe.
- Adolescente que aceptaron participar en la encuesta y firmen el consentimiento informado.
- Adolescentes que desearon participar en el estudio y contestaron más del 80% del cuestionario aplicado.

Criterios de Exclusión

- Alumnos con alguna imposibilidad para contestar el cuestionario.
- Estado inconveniente o influencia de alguna sustancia que impidió contestar adecuadamente la encuesta.
- Adolescentes que no se encontraron en los grupos asignados de forma aleatoria, en el momento que se aplicó el cuestionario.
- Adolescentes que el día de la encuesta no acudió.

Criterios de Eliminación

- Estudiantes adolescentes que no pertenecían a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 Vallejo.
- Adolescentes que entregaron encuestas inconclusas o que contestaron menos del 80% de la encuesta aplicada.
- Participantes que por alguna circunstancia abandonaron o desertaron durante la aplicación de la encuesta por cuenta propia o por decisión del padre o tutor.

Tamaño de la muestra y tipo de muestreo:

De los 11,335 adolescentes alumnos del CCH Vallejo que cursan este ciclo escolar 2017-2018, se tiene en el primer semestre un total de 4276 adolescentes, tercer semestre 3558 adolescentes, y finalmente quinto semestre con 3501 adolescentes.

Se calculo el tamaño de la muestra en base a la siguiente formula:

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

Donde Z es la desviación estándar, igual a 1.96

P: Son los sujetos con la variable de interés.

W^2 : Es la amplitud total del intervalo de confianza con un error máximo igual a 10%.

Muestra estudiado por semestres:

- Primer semestre: Población de 3558, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 364 adolescentes de primer semestre.
- Tercer semestre: Población de 3501, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 356 adolescentes de primer semestre.
- Quinto semestre: Población de 4276, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 355 adolescentes de primer semestre.

Siendo un total de 1075 encuestas.

Se realizó la captura de los alumnos que pertenecieron a los grupos seleccionados de forma aleatoria manual y adscrita a la UMF20, que se encontraron en su salón de clases (matutino y vespertino) durante la aplicación del cuestionario en ambos turnos y que cumplieron los criterios de inclusión.

- Grupos seleccionados primer semestre: 109, 111, 123, 124, 130, 132, 140, 141, 142, 143, 153, 164.
- Grupos seleccionados tercer semestre: 316, 326, 327, 338, 331, 332, 335, 337, 342, 345, 352, 355.
- Grupos seleccionados quinto semestre: 510, 512, 514, 520, 521, 536, 553, 557, 559, 563, 568

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DE INTERES: Adicciones (Tabaquismo, Alcoholismo, otras Drogas y conducta del consumo de drogas lícitas e ilícitas).

VARIABLES DESCRIPTORAS: Individuales (Edad, Sexo, Nivel Socioeconómico), Familiares (Relaciones Intrafamiliares) y Clínicas (Presencia de Enfermedad, Percepción del estado de Salud y Salud Mental).

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Adicción se define según la OMS con una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia psicoactiva con el fin de experimentar nuevas sensaciones.	Se obtendrá a través del cuestionario aplicado mediante las preguntas: Si consume alguna sustancia al contestar: Alguna vez, en el último año y mes ha consumido: <ul style="list-style-type: none"> Alcohol. Tabaco. Drogas ilícitas. 	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si. 2. No.
ADICCIONES	Acción del uso que hace una persona de sustancias que resultan nocivas a la salud.	Categorizada mediante la pregunta directa sobre el consumo y frecuencia de tabaco, alcohol y otras drogas en el cuestionario. Categorizando de la siguiente manera: Tabaquismo: Adicción Alta: consumo del primer cigarrillo en los primeros 5 minutos después de levantarse, Adicción Moderada: consumo del primer cigarrillo entre los 6 y 30 minutos después de levantarse, Adicción Baja primer cigarrillo después de 30 minutos de levantarse. Alcoholismo: Consumo Leve: de 1 a 2 copas por ocasión al día, Consumo Moderado: de 3 a 4 copas por ocasión al día, Consumo Alto: más de 5 copas por ocasión al día. Drogadicción: Consumo leve: de 1 a 2 veces en los últimos 30 días, Consumo Moderado: de 3 a 9 veces en el último mes, Consumo Intenso: más de 10 veces al mes.	Cualitativa	Ordinal	Tabaquismo: 1. Adicción Alta 2. Adicción Moderada 3. Adicción Baja Alcoholismo: 1. Consumo Leve 2. Consumo Moderado 3. Consumo Alto Drogadicción: 1. Consumo Leve 2. Consumo Moderado 3. Consumo Intenso
EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta este momento.	Se evaluará mediante la encuesta preguntando edad con la que el adolescente cuenta en este momento.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos de 14, 15, 16, 17, 18 y 19 años
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que	Se evaluará mediante pregunta en encuesta sobre el género o sexo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Mujer 2. Hombre

	identifican al individuo como masculino y femenino.	de acuerdo a las características físicas del adolescente			
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Medida total económica y sociológica resultado de la preparación laboral de una persona y social individual o familiar en relación a otras personas basadas en sus ingresos poder adquisitivo, educación y empleo.	Categorizando mediante la suma de preguntas para la medición del nivel socioeconómico del instrumento del AMAI (Número de Habitaciones, baños, focos, material de piso, electrodomésticos, autos y grado de escolaridad), que categorizando de la siguiente manera: 1. Nivel A/B: Clase Alta. 2. Nivel C+: Clase Media Alta. 3. Nivel C: Clase Media. 4. Nivel C-: Clase Media Baja. 5. Nivel D+: Clase Baja 6. Nivel D: Clase Bajo Extremo 7. Nivel E: Clase muy Bajo Extremo.	Cualitativa	Ordinal	Para fines del estudio, se tomará en cuenta solo tres niveles socioeconómicos: 1. Alta: Nivel A/B, Nivel C+. 2. Media: Nivel C, Nivel C-. 3. Baja: Nivel D+, D y Nivel E.
RELACIONES INTRAFAMILIARES.	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluyen la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio.	Se aplicará la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus respuestas son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo; valorado: <ul style="list-style-type: none">• Unión y Apoyo.• Expresión.• Dificultades. A su vez se dividen en: 1. Grupos con puntajes bajos (las tareas familiares no está lo suficientemente bien distribuidas): Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponde al 25%. 2. Grupos con puntajes intermedios (en mi familia a cada quien le es fácil expresar su opinión): En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 – 74% del total. 3. Grupos con puntajes altos (en mi familia hablamos con franqueza): Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en	Cualitativa	ordinal	1. Alto. 2. Medio/Alto. 3. Medio. 4. Medio/Bajo. 5. Bajo.

		el 75% superior del total. Se evaluará de forma global.			
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	Autoevaluación subjetiva que una persona hace sobre su salud actual.	Se obtendrá mediante la escala de percepción de salud Categorizada mediante la pregunta específica contenida en el cuestionario la escala va del 0 al 10.	Cualitativa	Ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 4 Mala Salud. • 5 – 6 Regular Salud. • 7 – 10 Buena Salud.
PRESENCIA DE ENFERMEDAD	Recopilación de la información sobre la salud de una persona, si el adolescente ya se encuentra diagnosticado de algún padecimiento por un médico y que si toma un medicamento.	Se evaluará mediante la encuesta con una pregunta si se le ha diagnosticado alguna enfermedad.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> 0. Si 1. No.
ENFERMEDAD POR ESPECIALIDAD	Recopilación de la información sobre la salud de una persona, si el adolescente ya se encuentra diagnosticado de algún padecimiento por un médico y cual es dicha enfermedad.	Se evaluará mediante la encuesta al responder a la pregunta si se le ha diagnosticado alguna enfermedad de acuerdo a agrupación de aparatos y sistemas (Respiratorios, Endocrinos, gastrointestinales, etc.).	Cualitativa	Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> 0. Sano 1. Hematológicas. 2. Reumatológicas. 3. Respiratorias. 4. Oftálmicas. 5. Cardiovasculares. 6. Gastrointestinales. 7. Dermatológicas. 8. Endocrinas. 9. Neurológicas. 10. Ortopédicas. 11. Infecciosas. 12. Ginecológicas. 13. Urológicas.
IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA.	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por la presencia de 'restar ideas e intento de autolesionarse, acompañado de decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Se categorizará mediante la suma de preguntas conforme a la escala de riesgo de ideación/intento suicida de Beck.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<p>*IDEACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No Ideación. 1. Si ideación. <p>*INTENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No Intento. 1. Si intento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

En primera instancia y mediante el acuerdo y vinculo de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social, se procedió a realizar una cita con los directivos del Colegio de Ciencias y Humanidades en plantel Vallejo, para solicitar el otorgamiento de un permiso (por escrito), para la realización de la investigación sobre factores de riesgo en la adolescencia (adicciones), datos sociodemográficos, percepción del estado de salud en los alumnos de dicha institución académica, a cargo del alumno responsable de la investigación y de su coordinadora a cargo, con un grupo de 5 médicos residentes (apoyo) y 4 médicos pasantes de servicio social (apoyo) de la UMF N° 20, previamente estandarizados y capacitados en las preguntas del instrumento de investigación; además del personal administrativo, autoridades y profesores titulares de los grupos seleccionados y de la profesora titular del curso en ciencias de la salud la Maestra Martha Silvia Castillo Trejo, como vía de acceso a las instalaciones del colegio y coordinadora del proceso.

Previa autorización por director y profesores del CCH Plantel Vallejo, se procedió a lo siguiente:

- El equipo de trabajo en apoyo a la investigación (integrado por el alumno investigador, 5 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y 4 médicos pasantes de servicio social) en base a los grupos seleccionados de forma aleatorizada, con ayuda del personal administrativo se solicitó a los profesores el horario y fecha de la aplicación de la encuesta a los adolescentes.
- El día de previsto con los profesores se identificó a los alumnos que cuenten con numero de seguridad social y que pertenecian a la jurisdicción de la UMF 20; así como informar en que consiste y los beneficios que se obtendrían de la encuesta a los padres de familia y tutores de los adolescentes, haciendo hincapié que dicha encuesta se realizaría siempre y cuando se firme una carta de consentimiento informado por escrito en el cual autorizarán su aplicación.
- Posteriormente se procedió a realizar lectura del consentimiento informado y características generales del instrumento. Se mencionó a los alumnos que los datos en las encuestas serían totalmente confidenciales, de forma anónima, mencionando que podían abandonar el estudio cuando lo desearan y recordando que no habría represalia alguna.
- Previo consentimiento informado bien requisitado y firmado por el padre de familia o tutor y del mismo adolescente se les entregó la encuesta. Estando a cargo del equipo de trabajo de la UMF N° 20 y atendiendo las dudas de cada adolescente si se presentaban.
- Una vez terminado el cuestionario por parte del adolescente, los miembros del equipo de apoyo a la investigación revisaron el llenado adecuado de los cuestionarios para verificar que se encontraran completos sin omisión de datos y de no ser así se dio por finalizado la aplicación de dicho cuestionario, dando las gracias por su participación.

- Se les informa que, en caso de solicitar su resultado, se solicitó anotar en la primera hoja de la encuesta: número de cuenta y correo electrónico y se enviarían las conclusiones de forma personal y confidencial
- Una vez terminado la recolección de información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0 para su análisis.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

- **Encuesta Nacional de Adicciones**

Debido a las características de la población escolar, se aplicó parte del cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones de la versión para nivel bachillerato, en la que se valoró:

Datos sociodemográficos: incluye preguntas sobre sexo, edad, nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad de los padres.

Consumo de drogas, alcohol y tabaco: en esta sección se preguntó sobre los grupos de drogas a estudiar: tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas. Para cada sustancia, los aspectos principales que se preguntaron fueron el uso alguna vez en la vida, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuánto la utilizó por primera vez (incidencia); En el caso del alcohol y tabaco, se preguntó sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de y en el último mes. La conducta de consumo se evaluó de la siguiente forma para:

1. Tabaquismo: Consumo Bajo de 1 a 4 cigarrillos al día, Moderado de 5 a 7 cigarrillos al día, Intenso de 8 a 10 cigarrillos al día; la otra forma es Adicción Alta consumo del primer cigarrillo en los primeros 5 minutos después de levantarse, Adicción Moderada consumo del primer cigarrillo entre los 6 y 30 minutos después de levantarse y Adicción Baja primer cigarrillo después de 30 minutos de levantarse
2. Alcoholismo: Consumo leve de 1 a 2 copas por ocasión al día, Moderado de 3 a 4 copas por ocasión al día, Alto más de 5 copas por ocasión al día.
3. Drogadicción: Consumo leve de 1 a 2 veces en los últimos 30 días, Moderado de 3 a 9 veces en el último mes, Intenso más de 10 veces al mes.

- **Clasificación del nivel socioeconómico AMAI**

Para la clasificación del nivel socioeconómico (NSE) en México, la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública A.C. (AMAI), definió 13 variables establecidas por el Comité de Niveles Socioeconómicos de la AMAI en agosto de 1998.

Las variables son las siguientes:

1. Último año de estudios del jefe de familia.

2. Número de focos en el hogar.
3. Número de habitaciones sin contar baños.
4. Número de baños con regadera dentro del hogar.

Posesión de:

5. Autos (ya sean de su propiedad o no).
6. Calentador de agua / Boiler.
7. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material).
8. Aspiradora.
9. Computadora (PC).
10. Horno de microondas.
11. Lavadora de ropa.
12. Tostador de Pan.
13. Videocasetera.

La primera regla es otorgar puntos. A cada respuesta de cada variable medida en el conjunto es asignado un valor. Por medio de una combinación lineal de estos valores, se obtiene un único número. La magnitud de este indicador (el valor numérico) determinaba el NSE al que pertenece el hogar. La clasificación debe llevarse a cabo en el escritorio por medio de un programa de computadora.

Se encontraron siete grupos diferentes. Atendiendo a la tradición se bautizaron con letras siendo estos (del más alto al más bajo): A/B, C+, C, C-, D+, D y E. Las características de los seis tipos de niveles socioeconómicos son las siguientes:

1. NIVEL A/B: Clase Alta (más de 193 puntos). Es el segmento con el más alto nivel de vida del país. Este segmento tiene cubierta todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro. Actualmente representa el 3.9% de los hogares del país y el 6.4% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.
2. NIVEL C+: Clase Media Alta (155 a 192 puntos). Es el segundo grupo con el más alto nivel de vida del país. Al igual que el segmento anterior, este tiene cubiertas todas las necesidades de calidad de vida, sin embargo, tiene ciertas limitantes para invertir y ahorrar para el futuro. Actualmente representa el 9.3% de los hogares del país y el 14.1% de los hogares ubicados en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
3. NIVEL C: Clase Media (128 a 154 puntos). Este segmento se caracteriza por haber alcanzado un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades. Cuenta con una infraestructura básica en entretenimiento y tecnología. Actualmente este grupo representa el 10.7% de los hogares totales del país y el 15.5% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
4. NIVEL C-: Clase Media Baja (105 a 127 puntos). Los hogares de este nivel se caracterizan por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguren el

mínimo de practicidad y comodidad en el hogar. Este segmento representa el 12.8% del total de hogares del país y el 16.6% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.

5. NIVEL D+: Clase Baja (80 a 104 puntos). Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Actualmente representa el 19.0% de los hogares del país y el 20.2% de los hogares en las localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
6. NIVEL D: Clase Baja Extrema (33 a 79 puntos). Es el segundo segmento con menor calidad de vida. Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de diversos servicios y satisfactores. Es el grupo más numeroso y actualmente representa el 31.8% de los hogares del país y el 23.8% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.
7. NIVEL E: Clase muy Baja Extrema (0 a 32 puntos). Este es el segmento con menos calidad de vida o bienestar. Carece de todos los servicios y bienes satisfactores. Actualmente representa el 12.5% del total de hogares del país y el 3.4% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.

El puntaje de los ítems es de la siguiente manera, después se realizó la suma total y clasificar el nivel socioeconómico:

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento	0
Otro tipo de material o acabo	11

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o Maestría	72
Doctorado	72

Tabla de puntos por nivel

Nivel	Puntos
A/B	193+
C+	155 a 192
C	128 a 154
C-	105 a 127
D+	80 a 104
D	33 a 79
E	0 a 32

Para cuestión de este estudio se categorizó el nivel socioeconómico de la siguiente manera:

Clase	Tipo de nivel según AMAI
Alta	Nivel A/B, Nivel C+.
Media	Nivel C, Nivel C-.
Baja	Nivel D+, D y Nivel E.

- **Relaciones intrafamiliares de Rivera Heredia**

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”.

Mide las relaciones intrafamiliares de adolescentes de la Ciudad de México, en tres dimensiones: expresión, dificultades y unión.

- Unión y apoyo. Mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.
- Dificultades. Se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.
- Expresión. Mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

El estudio de origen tuvo como muestra jóvenes de ambos sexos estudiantes de bachilleratos en diversos Colegios de Ciencias y Humanidades. Se trata de una escala aplicable de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus respuestas son totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Y se clasifica en los siguientes grupos:

1. Grupos con puntajes bajos: Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponde al 25%.
2. Grupos con puntajes intermedios: En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 – 74% del total.
3. Grupos con puntajes altos: Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25% superior del total.

Para el análisis en este estudio solo se utilizó la calificación de forma global la escala de relaciones intrafamiliares, se realizó el sumatorio total de cada reactivo, lo cual es otra posibilidad de interpretación de los datos. La clasificación es la siguiente.

INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ERI DE FORMA GLOBAL.	
Categoría	Puntaje
Alto	180-156
Medio/Alto	155-131
Medio	130-106
Medio/Bajo	105-81
Bajo	80-56

- **Escala de percepción de salud.**

Es una alternativa útil para la medición perceptiva de la salud poblacional, es la aplicación de encuesta en la cual se pregunta a la población sobre su

percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta medición es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar integral y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

La percepción del estado de salud, se evalúa con una escala de tipo Likert, la cual es una de las herramientas más utilizadas actualmente por los investigadores cuando desean evaluar las opiniones y actitudes de una persona hacia cierta categoría, en este caso el estado de salud, tomando en cuenta dos polos uno positivo y el otro extremo es negativo. Nuestro estudio se utilizó la siguiente pregunta: ¿Cómo consideras tu estado de salud actual?; las posibles respuestas van de 0 a 10, los sujetos tacharon un número según su percepción del estado de salud en ese momento, donde 0 es muy malo y 10 es muy bueno; para nuestro estudio se categorizó en las siguientes unidades de medición: de 0 a 4 Mala Salud, 5 a 6 Regular Salud y 7 a 10 Buena Salud.

- **Inventario de Depresión de Beck.**

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos de autolesionarse. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la ideación e intento suicida. La prueba ha de ser destinada preferentemente para evaluar los pensamientos asociados con el deseo de morir y con la planeación de suicidio.

Se compone de 18 ítems divididos en el siguiente número: 5 preguntas se engloba características de la actitud hacia la vida/muerte; 6 se encuentran dirigidos hacia las características de los pensamientos/deseos de suicidio; 4 cuestiones se encuentran enfocadas a características del intento, y el resto de las otras 4 preguntas hablan de la actualización de algún intento suicida; la suma de dichas preguntas van de afirmaciones con un valor de 0 a 2 puntos, las preguntas de la 1 a la 9 nos hablan de ideación la suma de los ítems de 0 a 2 su resultado es No Ideación, una suma mayor o igual a 3 es Si ideación. En cuanto a intento la suma se realiza de la pregunta 10 a la 19, una suma de 0 a 1 se cataloga como No Intento, la sumatoria de las cuestiones mayor o igual a 2 se considera como Si Intento.

ANÁLISIS DE DATOS.

Se recabaron datos en junio del 2018, se realizó una base de datos en Excel y se utilizó el sistema IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0 para su análisis tomando las medidas de tendencia central para análisis (moda, media y mediana), tablas de frecuencias, Ji^2 para asociación de variables y RR con IC al 95% para valorar el riesgo.

RESULTADOS

Se encuestaron 1075 adolescentes, eliminándose 12 encuestas por mal llenado siendo un total de 1063 participantes en este estudio pertenecientes a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar #20 vallejo, con un promedio de edad de 16.2 ± 1.2 años; un rango de edad de 16 a 17 años, mas de dos terceras partes pertenecen al sexo femenino, y por último la mayoría de nuestra población se encuentra con nivel socioeconómico de clase media (Tabla 1).

Tabla 1. Datos individuales de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.

	Variables	Frecuencia	Porcentaje (%)
INDIVIDUALES	Edad		
	14 – 15 años.	355	33.4
	16 – 17 años.	549	51.6
	18 – 19 años.	159	15.0
	Sexo		
	Masculino.	372	35
	Femenino.	691	65
	Nivel Socioeconómico.		
	Bajo.	205	19.3
	Medio.	524	49.3
Alto.	334	31.4	

Al cuestionarle a los adolescentes sobre sus relaciones intrafamiliares, se encontró que una tercera parte refiere una relación intrafamiliar medio/bajo, seguida de la categoría medio de las relaciones intrafamiliares en los adolescentes encuestados (Tabla 2).

Tabla 2. Datos familiares de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.

FAMILIARES	Nivel de relaciones intrafamiliares	Frecuencia	Porcentaje (%)
	Medio/alto	145	13.6
	Medio	297	27.9
	Medio/bajo	339	31.9
	Bajo	282	26.5

En cuanto a las características clínicas; una gran parte de los adolescentes se perciben sanos y por escala de la percepción del estado de salud la refieren como buena; en el apartado de salud mental una cuarta parte de los adolescentes presentan ideación suicida, pero casi la mitad de los adolescentes presentan intento suicida (Tabla 3).

Tabla 3. Datos Clínicos de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.				
C L I N I C O S	Presencia de enfermedad			
		Sano	917	86.3
		Enfermo	146	13.7
	Percepción estado de salud			
		Mala	55	5.2
		Regular	181	17.0
		Buena	827	77.8
	Salud Mental			
	Ideación	Si ideación	276	26.0
		No ideación	787	74.0
Intento	Si intento	439	41.3	
	No intento	624	58.7	

Referente a las variables de interés en los adolescentes se puede observar que el 46.3% de la muestra consume alcohol, con un grado de consumo moderado. El 11.8% refiere consumir algún tipo de droga ilícita, pero este consumo es leve. En cuanto al consumo de tabaco el 19.7% refiere tener algún grado de adicción a la nicotina, la mayoría presentan una adicción baja (Tabla 4).

Tabla 4. Grado de Consumo de Alcohol, Droga y Tabaco (Variables de interés) de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.		
	Frecuencia	porcentaje
GRADO DE CONSUMO DE ALCOHOL.		
No consumo de alcohol	571	53.7
Consumo leve	140	13.2
Consumo moderado	215	20.2
Consumo alto	137	12.9
GRADO DE CONSUMO DE DROGA		
No consume drogas	938	88.2
Consumo leve	72	6.8
Consumo moderado	39	3.7
Consumo intenso	14	1.3
GRADO DE CONSUMO DE TABACO		
No consume tabaco	854	80.3
Adicción alto	19	1.8
Adicción moderada	31	2.9
Adicción baja	159	15.0

Con respecto a la asociación del consumo de alcohol con las variables individuales, familiares y clínicas, en la muestra del estudio se puede observar que el consumo de alcohol se presenta con mayor frecuencia entre los jóvenes de 18 a 19 años, con predominio del sexo masculino y nivel socioeconómico alto. Se percata con mayor frecuencia el consumo de alcohol en aquellos adolescentes con una relación intrafamiliar medio/bajo y bajo; en las variables clínicas se asocia con mayor frecuencia en adolescentes con presencia de una enfermedad, con percepción de una mala salud y en el aspecto de salud mental casi la mitad de los adolescentes refieren el sí presentar la ideación suicida, pero no el intento suicida (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación de las Variables Individuales, Familiares y Clínicas con el Consumo de Alcohol en Adolescentes de 14 a 19 años de Edad Pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.					
	Variables	Consumo de alcohol			
		Frecuencia	Porcentaje (%)	p	
INDIVIDUALES	Edad*				
	14 – 15 años.	145	40.8	0.032	
	16 – 17 años.	265	48.3		
	18 – 19 años.	82	51.6		
	Sexo				
	Masculino.	178	47.8	0.453	
	Femenino.	314	45.4		
	Nivel Socioeconómico.				
	Bajo.	96	46.8	0.379	
	Medio.	232	44.3		
Alto.	164	49.1			
FAMILIARES	Escala de relaciones interpersonales				
	Medio/alto	55	37.9	0.076	
	Medio	131	44.1		
	Medio/bajo	167	49.3		
	Bajo	139	49.3		
CLÍNICAS	Presencia de enfermedad*				
	Sano	405	44.2	0.001	
	enfermo	87	59.6		
	Percepción estado de salud				
	Mala Salud	29	52.7	0.489	
	Regular Salud	79	43.6		
	Buena Salud	384	46.4		
	Salud Mental				
	Ideación	Si ideación	131	47.5	0.674
		No ideación	361	45.9	
Intento	Si intento	200	45.6	0.708	
	No intento	292	46.8		

*p ≤.05

En la población de estudio en la asociación de consumo de drogas ilícitas con las variables descriptoras, se puede observar que los adolescentes mayores de 18 años tienen mayor consumo de drogas ilícitas, en tanto que este consumo es casi igual por género con un leve aumento en los hombres. El nivel socioeconómico alto tiende a presenta mayor consumo de drogas en los adolescentes. En el ámbito familiar, las relaciones intrafamiliares medio/bajo se asocian a un mayor consumo de sustancias ilícitas; y en el área clínica la presencia de enfermedad en los adolescentes tiende al uso de drogas, el percibir una regular salud eleva el consumo sustancias ilícitas y en el área de salud mental el sí intento suicida tiene una significancia estadística con el consumo de drogas ilícitas (Tabla 6).

Tabla 6. Asociación de las Variables Individuales, Familiares y Clínicas con el Consumo de Drogas Ilícitas en Adolescentes de 14 a 19 años de edad Pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.

	Variables	Consumo de Drogas Ilícitas			
		Frecuencia	Porcentaje (%)	p	
INDIVIDUAL	Edad*				
	14 – 15 años.	26	7.3	0.002	
	16 – 17 años.	71	12.9		
	18 – 19 años.	28	17.6		
	Sexo				
	Masculino.	44	11.8	1.000	
	Femenino.	81	11.7		
	Nivel Socioeconómico.				
	Bajo.	24	11.7	0.935	
	Medio.	60	11.5		
Alto.	41	12.3			
FAMILIARES	Escala de relaciones interpersonales				
	Medio/alto	10	6.9	0.189	
	Medio	33	11.1		
	Medio/bajo	46	13.6		
	Bajo	36	12.8		
CLÍNICA	Presencia de enfermedad				
	Sano	105	11.5	0.433	
	enfermo	20	13.7		
	Percepción estado de salud				
	Mala Salud	5	9.1	0.312	
	Regular Salud	27	14.9		
	Buena Salud	93	11.2		
	Salud Metal				
	Ideación	Si ideación	41	14.9	0.066
		No ideación	84	10.7	
Intento*	Si intento	64	14.6	0.020	
	No intento	61	9.8		

*p ≤.05

A cerca de la asociación del consumo de tabaco con las variables individuales, familiares y clínicas; en los adolescentes el consumo de tabaco en las variables individuales se observa un incremento en los adolescentes de 18 a 19 años de edad, con un predominio en el sexo femenino y el nivel socioeconómico alto; en los aspectos familiares una relación intrafamiliar baja fue de mayor relevancia; y en la categoría clínica el padecer una enfermedad, el percibir una mala de salud y en salud mental el referirse con ideación e intento suicida se asocia a mayor consumo de tabaco (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación de las Variables Sociodemográficos, Familiares y Clínicos con el Consumo de Tabaco en Adolescentes de 14 a 19 años de Edad Pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.					
	Variables	Consumo de Tabaco			
		Frecuencia	Porcentaje (%)	p	
S O C I O D E M O G R A F I C A S	Edad*				
	14 – 15 años.	45	12.7	0.000	
	16 – 17 años.	122	22.2		
	18 – 19 años.	42	26.4		
	Sexo				
	Masculino.	66	17.7	0.258	
	Femenino.	143	20.7		
	Nivel Socioeconómico*				
	Bajo.	24	11.7	0.005	
Medio.	109	20.8			
Alto.	76	22.8			
F A M I L I A R E S	Escala de relaciones interpersonales*				
	Medio/alto	10	6.9	0.000	
	Medio	47	15.8		
	Medio/bajo	71	20.9		
	Bajo	81	28.7		
C L I N I C A S	Presencia de enfermedad*				
	Sano	166	18.1	0.002	
	enfermo	43	29.5		
	Percepción estado de salud				
	Mala Salud	15	27.3	0.335	
	Regular Salud	36	19.9		
	Buena Salud	158	19.1		
	Salud Mental				
	Ideación*	Si ideación	74	26.8	0.001
		No ideación	135	17.2	
Intento*	Si intento	109	24.8	0.000	
	No intento	100	16.0		

*p ≤.05

Por último, acerca de la estimación de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes se considera factor de riesgo la presencia de enfermedad; el intento suicida es un factor de riesgo para el abuso de sustancias ilícitas; en cuestión del consumo de tabaco se observa como factor de riesgo la presencia de enfermedad, la ideación e intento suicida. Mientras que la edad, en los tres tipos de sustancias a menor edad es considerado como factor protector, referente al consumo de tabaco con el nivel socioeconómico se estima como factor protector una clase baja, y finalmente el consumo de tabaco con relaciones intrafamiliares de tipo medio/alto se observa como factor protector para el abuso de este tipo de sustancia (Tabla 8).

Tabla 8. Estimación de riesgo para el consumo de alcohol, drogas ilícitas y tabaco en Adolescentes de 14 a 19 años de Edad Pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.

Factor de Riesgo		Estimación de riesgo	IC 95%
ALCOHOL	Edad	14-15/16-17	0.8462 (0.7267-0.9853)
		14-15/18-19	0.7920 (0.6511-0.9633)
		16-17/18-19	0.9360 (0.7867-1.1136)
	Presencia de enfermedad		1.864 (1.307-2.659)
DROGAS ILÍCITAS	Edad	14-15/16-17	0.5663 (0.3688-0.8697)
		14-15/18-19	0.4159 (0.2523-0.6857)
		16-17/18-19	0.7344 (0.4922-1.0958)
	Salud Mental (Intento)		1.575 (1.083-2.290)
TABACO	Edad	14-15/16-17	0.5704 (0.4164-0.7814)
		14-15/18-19	0.4799 (0.3293-0.6994)
		16-17/18-19	0.8413 (0.6214-1.1390)
	Nivel Socioeconómico	Bajo/Medio	0.5628 (0.3730-0.8492)
		Bajo/Alto	0.5145 (0.3365-0.7867)
		Medio/Alto	0.9142 (0.7057-1.1842)
	Escala de relaciones intrafamiliares	Medio Alto/Medio	0.4358 (0.2268-0.8373)
		Medio Alto/Medio Bajo	0.3293 (0.1749-0.6200)
		Medio Alto/Bajo	0.2401 (0.1284-0.4489)
		Medio/Medio Bajo	0.7556 (0.5410-1.0552)
		Medio/Bajo	0.5509 (0.3999-0.7590)
		Medio Bajo/Bajo	0.7292 (0.5529-0.9616)
	Presencia de enfermedad		1.889 (1.274-2.800)
Salud Mental (Ideación)		1.769 (1.279-2.447)	
Salud Mental (Intento)		1.731 (1.277-2.347)	

DISCUSION

El presente estudio encontró que los adolescentes de 14 a 19 años de edad adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo, mientras más factores de riesgo tanto individuales, familiares y clínicos existan en los adolescentes mayor será el riesgo de presentar algún tipo de abuso de sustancias lícitas e ilícitas.

En relación al consumo de alcohol, al analizar los resultados, se encontró que existía una asociación entre el consumo de alcohol con la edad (p 0.032) y la presencia de enfermedad (p 0.001). La proporción de adolescentes que consumían alcohol fue mayor conforme aumento la edad (14-15 años con 40.8%; 16-17 años con 48.3% y 18 -19 años con 51.6%). Mientras que aquellos adolescentes que padecían alguna enfermedad consumían mayor cantidad de alcohol en comparación de los adolescentes sin ningún padecimiento (59.6% y 44.2% respectivamente).

Nuestros datos están acordes con lo reportado en la literatura. En un estudio realizado por Armendáriz-García y cols, evaluaron el perfil sociodemográfico de los consumidores de alcohol, mostro que más del 50% de su población de adolescentes que consumían alcohol eran mayores de 18 años. Esto se debió posiblemente a la venta libre de alcohol en los diversos establecimientos para mayores de edad; así como la integración y el acceso a centro nocturnos o de recreación; además de que los adolescentes a esta edad consideran el consumo de alcohol como una posibilidad de obtener sensaciones placenteras.³² En relación a la percepción de salud y el consumo de alcohol, Ruiz Torres y Medina-Mora en su estudio mencionan que el mas del 60% de la población consumen alcohol al tener una mala percepción de salud. Entre los motivos más importantes son las emociones que experimenta como tristeza, depresión, soledad, rechazo y culpabilidad asociadas con la presencia de una enfermedad sistémica; así como el querer olvidar el diagnostico reciente de una enfermedad crónica debido a que los adolescentes mencionan que el consumir alcohol los ayuda a tener una distracción momentánea y sienten mejoría de su padecimiento³³.

En cuanto al consumo de sustancias ilícitas, encontramos que su consumo se asoció con las variables individuales como es la edad (p 0.032), se encontró la asociación que a mayor edad de los adolescentes se incrementa la proporción de adolescentes que consumen sustancias ilícitas (7.3% en adolescentes de 14-15 años, adolescente de 16 a 17 años con un 12.9%, y 17.6% adolescentes de 18 a 19 años). En las variables familiares no se encontraron datos relevantes. Con respecto a las variables clínicas se asoció con el sí intento suicida con un 14.6% en contraste con un 9.8% del no intento suicida (p 0.020).

R. Barn y J.-P TAN, concluyeron que los adolescentes mayores de 16 años de edad en el 90% informan que consumieron de forma leve a moderada alguna sustancia ilegal; refiriendo que el 40.4% es de forma moderada en adolescentes en el grupo de 16 a 18 años; lo cual es referente a nuestra población a mayor edad incrementa el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícitas³⁴, lo cual puede ser secundario a que al tener la mayoría de edad, es más fácil el acceso a este tipo de sustancias, además de que en la adolescencia tardía es más fácil percibir un ingreso económico, el tener una

idea de pertenecía o identificación a un grupo, el querer experimentar nuevas sensaciones placenteras e incluso por imitación de sus semejantes. Al igual que en otras investigaciones, Villegas-Pantoja y cols mencionaron que las sustancias adictivas ilícitas fueron las de mayor consumo en adolescentes tardíos con un 16.9% semejante a nuestros resultados, así como a mayor edad de inicio en el consumo de drogas de tipo puerta de entrada (alcohol y tabaco), mayor o más tardía será la edad de experimentación con sustancias psicoactivas de tipo ilegal; cuantos más años cumplidos tenga el adolescente incrementa de forma significativa el abuso de sustancias ilícitas con un grado moderado a severo, secundario a un mayor acceso a dichas sustancias, además del ser más independientes debido a que cuentan con ingreso económico, lo cual concuerda con los resultados de nuestra investigación.⁴ Margarit Soler y cols en su estudio de características epidemiológicas del suicidio en adolescentes determino que la misma proporción de su población a la tentativa de suicidio era secundarios a un acto impulsivo, dejando como secuelas el abuso de sustancias de tipo ilegal, lo que concordamos con nuestros a nuestros resultados³⁵, unas de las causas en la adolescencia tardía se tiene mayor libertad de decisión, las actividades de ocio, el exigir autonomía y el fácil acceso a lugares donde se distribuyen drogas ilegales.

Finalmente, respecto al consumo de tabaco, los datos del estudio mostraron una relación estrecha con la edad de 18 a 19 años de edad con una mayor frecuencia de consumo del 26.4% (p 0.000), y el nivel socioeconómico alto con un 22.8% (p 0.005); así mismo, el análisis con las variables familiares muestra una asociación significativa con las relaciones intrafamiliares de tipo bajo (deficientes) en un 28.7% (p 0.000); y con las variables clínicas en donde se encontró una relación significativa con la presencia de enfermedad en un 29.5% (p 0.002) y en salud mental en sus dos vertientes tanto en el intento y la ideación con un 24.8% (0.000) y un 26.8% (0.000) respectivamente.

Telzer y cols mencionan en su estudio de factores de riesgo para el uso de sustancias en los adolescentes, que a mayor edad del adolescente se incrementa sustancialmente la tasa de consumo; fundamentando que la mayoría de edad facilita la compra de cigarrillos (30% de la población del estudio), así como integrarse y/o ser aceptado a un grupo de convivencia, así como impresionar a la sociedad; el otro factor de riesgo de gran importancia es el nivel socioeconómico alto, secundario a tener la solvencia económica favorece la adquisición de cajetillas de cigarros a pesar de su elevado costo en los diferentes puntos de venta, lo cual no lo pueden realizar un estatus más bajo y si estos lo consumen, es con un grado de consumo leve a comparación del estatus alto a un grado moderado a severo²; se coincide con nuestros resultados secundario a que nuestros adolescentes tardíos por la edad pueden comprar libremente en cualquier tienda o centro comercial una cajetilla de cigarrillos e incluso por el alto índice de comercio informal que se ubica fuera de las instalaciones de las escuelas, por imitación de sus paralelos, el querer impresionar a sus compañeros, el tornarse rebeldes, por presión social de sus amigos, baja autoestima e incluso el afán de experimentar. En su estudio entre el consumo de tabaco con las relaciones familiares R. Barn y J.-P TAN, así como Telzer y cols encontraron que cerca del 30% de los adolescentes que consumían tabaco presentaban rechazo e indiferencia familiar; además de una asociación del consumo de tabaco con las familias inestables; esto a causa de

la sensación que percibían los jóvenes como abandono, aislamiento, desplazamiento por algún hermano u otro familiar y falta de cuidado por su familia de origen; otra posible causa es la etapa en la que se encuentra la familia (que en este caso es la de independencia), debido a que los adolescentes se van a integrando a la sociedad como sujeto en etapa laboral; otro factor gran peso es la imitación hacia uno de los padres, fomentando el apoyo familiar o normalizando el consumo de tabaco ya que algún miembro de mayor jerarquía o la sociedad ve como bueno el consume tabaco, debido a que es una sustancia adictiva de tipo legal^{2,34}; lo cual encaja con nuestros resultados ya que una familia con una relación intrafamiliar baja se caracteriza como una familia disfuncional, con ausencia de redes de apoyo, alteración en su comunicación, deficiencias en su unión y cohesión familiar, alteraciones en la funciones familiares sobre todo en el cuidado y afecto lo que lleva consumir tabaco con sus pares e imitar y pertenecer a un grupo, así como familiares que consumen dicho tabaco y normalizan este tipo de conducta.

Sin embargo, al realizar la estimación de riesgo de las asociaciones que se encontraron entre tabaco, alcohol y drogas ilícitas con los factores individuales, familiares y clínico, se determinó como factores de riesgo para alcohol la presencia de enfermedad con un RR 1.864 (IC 95% 1.307-2.659); el riesgo relativo de salud mental en el rubro de intento suicida fue de 1.575 con un IC del 95% (1.083-2.290) para el consumo de drogas ilícitas; en tanto al consumo de tabaco se establecieron como factores de riesgo la presencia de enfermedad con un RR 1.889 (IC 95% 1.274-2.800), salud mental en sus dos modalidades intento e ideación suicida con un RR de 1.731 (IC 95% 1.277-2.347) y 1.769 (1.279-2.447) respectivamente.

Silva y cols en su estudio mencionan que un factor de riesgo para el abuso de sustancias legales e ilegales es la presencia de eventos críticos en la vida, de los cuales la presencia de una enfermedad crónica en la adolescencia es la de mayor importancia con un RR de 2.001 (IC 95%) para alcohol, y tabaco con un RR 2.51 (IC 95%); esto puede ser debido a que es un evento estresante que rompe el equilibrio mental del adolescente favoreciendo una condición de vulnerabilidad, la cual se menciona que con el abuso de alcohol el adolescente experimenta sensación de olvido y satisfacción momentánea ante la adversidad de la enfermedad, además de percibir una disminución de su autonomía la cual se ve perdida por la presencia de enfermedad³⁶; tal corresponde al trabajo realizado por nosotros donde la presencia de enfermedad limita al desarrollo de los adolescentes, afecta su funcionalidad y contribuye al deterioro de la calidad de vida, perturba su aspecto físico, emocional, social y familiar conllevando al abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas en cualquier grado de consumo, por tal motivo, este elemento (presencia de enfermedad) es de gran importancia para los padres, profesores y personal de salud ante los estudiantes ya que es un factor de riesgo de fácil identificación para intervenir en la prevención del consumo de alcohol y tratar oportunamente la enfermedad para evitar posibles complicaciones y gastos tanto familiares como a los servicios de salud.

Concordamos con los estudios de Silvia y cols, y Pineda; en los que mencionan como factor de riesgo la presencia de tentativa e ideación suicida para el abuso de sustancias (Tabaco, Alcohol y drogas) con un RR mayor a 1.00, secundario

a que estas sustancias se consumen con mayor frecuencia en pacientes con personalidad impulsiva, depresivas y/o ansiosas que estuvieron expuestos a conductas suicidas^{36,37}; la población de los adolescentes tardíos se ve favorecida por la impulsividad secundario a los cambios fisiológicos favorecidos por la alteración de los neurotransmisores y de la acción hormonal, además de que gran parte de los trastornos psiquiátricos mas frecuentes como la ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad debutan en esta etapa critica que es la adolescencia tardía.

En nuestro estudio no se realizó la investigación de algún trastorno psiquiátrico (incluyendo el abuso de sustancias) de base que podría favorecer las conductas de autolesión en los adolescentes, como los niveles de ansiedad, resiliencia, formas de vinculación con sus cuidadores (antecedentes de familiares con abuso de sustancias y con trastornos psiquiátricos) o elementos propios del desarrollo de la personalidad; por lo cual se sugiere la necesidad de nuevas investigaciones que esclarezcan, si la asociación de la conducta suicida e intento favorece el abuso de sustancias o el propio abuso de sustancias tanto licitas como ilícitas sea una consecuencia para que los adolescentes presenten alteraciones en la salud mental en específico la ideación e intento suicida.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio muestran las siguientes aseveraciones:

El 46.3% consumen alcohol de forma moderada. El 11.8% ingieren algún tipo de droga ilícita, pero el consumo es leve. Un 19.7% presenta adicción a la nicotina, el grado de abuso es bajo.

Las asociaciones presentes en relación al abuso de sustancias con las variables descriptoras fueron:

El consumo de alcohol con tener mayor edad (18 a 19 años de edad) y padecer una enfermedad.

En consumo de drogas ilícitas con la edad (18 a 19 años de edad) e intento suicida.

El consumo de tabaco con la edad (18 a 19 años), un nivel socioeconómico medio y alto, tener una relación intrafamiliar baja (deficiente), la presencia de alguna enfermedad y con la ideación e intención suicida.

Los principales factores de riesgo para el abuso de sustancias son:

Presencia de enfermedad para el consumo de alcohol. Salud mental en el apartado de intento suicida para el abuso de sustancias ilícitas. Mientras para tabaco se estableció como factor de riesgo la presencia de enfermedad, así como la ideación e intento suicida.

Sin embargo, al realizar la estimación de riesgo, la edad con las drogas lícitas e ilícitas el RR no es mayor a 1, al igual que la estimación de riesgo con el nivel socioeconómico y las relaciones intrafamiliares; con respecto a la edad se llega a la conclusión que de a menor edad del adolescente se considera factor protector y a mayor edad la estimación del riesgo aumenta; en cuanto a nivel socioeconómico un estatus bajo es considerado factor protector, mientras que un estatus alto se aproxima a ser considerado como factor de riesgo, en tanto las relaciones intrafamiliares se observa algo similar, una relación intrafamiliar adecuada y buena se consideran factores protectores, mientras que una relación deficiente tiende a ser factor de riesgo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda iniciar con un programa que ayude a los jóvenes con respecto a esta temática mediante la realización de actividades informativas de las posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo del abuso de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, explicar estas consecuencias tanto en el aspecto de la salud, así como en la esfera social, cultural y económica; identificar actividades recreativas y deportivas en las cuales los adolescentes tardíos empleen su tiempo libre, como otorgar mensajes de motivación.

En el aspecto familiar recomendaría establecer momentos de convivencia familiar en la que todos los integrantes participen, animar al adolescente de forma independiente, dejar expresar sus inquietudes y sentimientos, mantener un diálogo permanente sobre diversos temas, y en especial sobre el consumo de drogas, sus efectos y daños a la salud; reconocer logros académicos, personales y sociales; establecer normas y límites claros de forma conjunta con los hijos (el establecer estos límites y normas en los adolescentes puede ayudar a que la edad como factor de riesgo disminuya), establecer previamente consecuencias de transgredir las normas y límites, evitar castigos físicos y agresiones verbales, señalar conductas negativas para evitar su repetición e involucrarse de manera general en las actividades e intereses de los miembros de la familia sin afectar la individualidad.

Continuar con las medidas de PREVENCIÓN DE ADICCIONES:

- La inclusión en el currículo de información sobre los problemas de salud más importantes para los jóvenes, junto con la capacitación en habilidades para negociar, resolver problemas, pensar creativamente, comunicarse, tomar decisiones y relacionarse interpersonalmente.
- Capacitación y la actualización de los docentes responsables de llevar a cabo las actividades de promoción de la salud desde el inicio de la adolescencia temprana.
- Promover la participación activa de los actores involucrados (directivos, docentes, alumnos e incluso familia) en los programas e intervenciones.
- Realizar campañas, talleres, pláticas; concursos (concurso de sociodramas, grafitis, carteles) sobre temas que fomenten la prevención, como el uso adecuado del tiempo libre y el desarrollo de habilidades sociales; estimular su participación con algún premio y/o beneficio.
- Formación de redes de apoyo (al interior de la escuela con el colectivo docente y el personal apoyo; al exterior con las familias y la comunidad vecina).
- Identificación temprana de consumidores potenciales a través de vigilancia estrecha con el personal de seguridad, docente, familiar y/o aplicación de test de tamizaje para iniciar una terapia.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización de las Naciones Unidad. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente (Sitio en internet). Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ Consultado: 10 de octubre 2016.
2. Telzer EH, Gonzales N, Fuligni AJ, Family Obligation Values and Family Assistance Behaviors: Protective and Risk Factor for Mexican-American Adolescents' Substance Use. *J Youth Adolescence*. 2014; (43):270–283.
3. Henao S. Representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(3): 338-348.
4. Villegas-Pantoja, M. A.; Alonso-Castillo, M. M.; Alonso-Castillo, B. A.; Martínez-Maldonado, R. Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*. 2014; 14(1):41-52.
5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME.. México DF, México: INPRFM; 2015. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx Consultado: 10 de octubre 2017.
6. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).
7. Organización de los estados unidos americanos. El problema de las drogas en las américas: Estudios drogas y salud pública. ISBN 978-0-8270-6001-2.
8. Escario José-Julián, Wilkinson AV. The Intergenerational Transmission of Smoking Across Three Cohabitant Generations: A Count Data Approach. *J Community Health*. 2015; 40:912–919.
9. Kristman-Valente AN, M.S.W., Brown EC, Herrenkohl TI. Child Physical and Sexual Abuse and Cigarette Smoking in Adolescence and Adulthood. *J Adolesc Health*. 2013; 53: 533-538.
10. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. (Sitio en internet). Disponible en: www.who.int/adolescent/second-decade Consultado: 14 de octubre 2017.
11. Strunin L, Díaz-Martínez A, Díaz-Martínez LR, Kuranz S, Hernández-Ávila CA, García-Bernabé CC, et al. Alcohol Use among Mexican Youths: Is Familismo Protective for Moderate Drinking?. *J Child Fam Stud*. 2015; 24:309–316.
12. Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Moreno M, Oliva N, Bustos M, et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*. 2012; 35(6):447-457.

13. Uribe JI, Verdugo JC, Zacarías X. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*. 2011; 21(1):47-55.
14. Guzmán FR, García BA, Rodríguez L, Alonso MM. Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera norte*. 2014; 26(51):53-74.
15. Cruz-Salmerón VH, Martínez-Martínez ML, Garibay-López L, Camacho-Calderón N. Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Aten Primaria*. 2011; 43(2):89-94.
16. Maturana A. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2011; 22(1):98-109.
17. Delgado C, Valenzuela C, Canobra A, Altamirano CC, Ugarte FJ. Modelo para la prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol. (Sitio en internet). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304716420_Modelo_para_la_prevenccion_comunitaria_del_consumo_de_drogas_y_alcohol Consultado: 15 octubre 2017.
18. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Ávila Guerrero ME, Vera A, Musitu G. Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*. 2014; 23:69-78.
19. Palacios JR. Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*. 2015; 24:1-7.
20. Becoña E, Martínez U, Calafat A, Fernández-Hermida JR, Juan M, Sumnal H, et al. Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*. 2013; 25(3):292-298.
21. Musitu G, Suárez C, Del Moral G, Villarreal ME. El consumo de alcohol en adolescentes: El rol de la comunicación, el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo en la familia y amigos. *BÚSQUEDA*. 2014; 14:45-61.
22. Pons J, Buelga S. Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*. 2011; 20(1):75-94.
23. López S, Rodríguez-Arias JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 2010; 22(4):568-573.
24. Rajesh V, Diamond PM, Spitz MR, Wilkinson AV. Smoking Initiation Among Mexican Heritage Youth and the Roles of Family Cohesion and Conflict. *J Adolesc Health*. 2015; 57:24-30.
25. Allen ML. Mexican Heritage Families in Transition and Youth Smoking Initiation. *J of Adolesc Health*. 2015; 57:3-4.
26. Benjea C, Borges G, Medina-Mora ML, Méndez E. Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 131:85-91.

27. Allem J.-P., Soto DW, Baezconde-Garbanati L, Unger JB. Adverse childhood experiences and substance use among Hispanic emerging adults in Southern California. *Addic Behav.* 2015; 55:199-204.
28. Iakunchykova OP, Andreeva TI, Nordstrom DL, Shkiryak-Nizhnyk ZA, Antipkin YG, Hryhorczuk DO, et al. The impact of early life stress on risk of tobacco smoking initiation by adolescents. *Addic Behav.* 2015; 50:222–228.
29. Fuller-Thomson E, Katz RB, Phan VT, Liddycoat J.P.M., Brennenstuhl S. The long arm of parental addictions: The association with adult children's depression in a population-based study. *Psychiatry Res.* 2013; 210:95-101.
30. Páramo MA. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica.* 2011; 29(1):85-95.
31. Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Publica Mex.* 2013; 55(1):67-73.
32. Armendáriz-García NA, Almanza-López JB, Alonso-Castillo MT, Oliva-Rodríguez NN, Alonso-Castillo MM, López-Cisneros MA. La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente. *Perspectiva de enfermería. AQUICHAN.* 2015;15(2):219-227.
33. Ruiz GM, Medina-Mora ME. La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental.* 2014; 37 (1):1-8.
34. Barn R, J-P Tan. Foster youth and drug use: Exploring risk and protective factors. *Child Youth Serv Rev.* 2015; 57:107-115.
35. Margarit A, Martínez L, Martínez A, Trenchs V, Picouto MD, Villar F y cols. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *An Pediatr.* 2016; 85(1):13-17.
36. Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2017; 22(1):33-42.
37. Pineda CA. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *REV COLAMB PSIQUIAT.* 2013; 42(2):33-349.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADOLESCENTE)
(Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>“Factores de riesgo individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancia psicoactivas en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.”</i>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas, CDMX; G.A.M. a ___ de ___ del 2018.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	En general se considera que los adolescentes son un grupo muy vulnerable para presentar algún tipo de adicción al tabaco, alcohol y/o droga de tipo ilícita, y por consiguiente es de su importancia identificar cuáles son las causas de estas adicciones, para poder realizar y tomar las medidas preventivas necesarias en esta población; el objetivo general del estudio es determinar los Factores de riesgo individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancias en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo para tu salud o de prestación de servicio (no va a ingerir ningún medicamento, ni se realizará algún procedimiento médico) ya que la información se obtiene por la encuesta anónima.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no obtienes ningún beneficio personal ni escolar (no va a alterar tu calificación), sin embargo, los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes y su familia, informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a los adolescentes para una mejor salud y prevención de adicciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizarán respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencialidad.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificara de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto (IMSS).
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Tu identidad será protegida y ocultada; todos los datos proporcionados serán utilizados y publicados de manera global con uso únicamente académico e informativo al personal de salud. En caso de que solicites tus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita o por E-mail de igual manera.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.

Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Santa Vega Mendoza. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula: 11660511. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750, Gustavo A. Madero, CDMX. Tel: 55-87-44-22 Ext. 15307 y 15320. Correo electrónico: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores: Dr. Salazar Reyes Juan Pablo. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98353980. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, CP 07760 Gustavo A. Madero, CDMX. Tel. Tel. 55874422 Ext. 15368/15368 E-mail pablo_020590@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(PADRE O TUTOR DE LA ADOLESCENTE))
(Anexo 2)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>“Factores de riesgo individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancia psicoactivas en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.”</i>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas, CDMX; G.A.M. a ___ de ___ del 2018.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	En general se considera que los adolescentes son un grupo muy vulnerable para presentar algún tipo de adicción al tabaco, alcohol y/o droga de tipo ilícita, y por consiguiente es de su importancia identificar cuáles son las causas de estas adicciones, para poder realizar y tomar las medidas preventivas necesarias en esta población; el objetivo general del estudio es determinar los Factores de riesgo individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancias en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada de su hija(o) o adolescente a su cargo solo se le aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio de su hija(o) o adolescente a su cargo ya que la información se obtiene por la encuesta y esta es anónima.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal ni escolar (no altera su calificación), sin embargo, los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes y su familia informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a los adolescentes para una mejor salud y prevención de adicciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados por su hijo adolescente, ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencialidad.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee o de su hijo adolescente a su cargo no modificara de ninguna manera la atención médica o cualquier servicio que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar la identidad de su hijo adolescente a su cargo. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger de cualquier dato que identifique a su hijo adolescente a su cargo le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Santa Vega Mendoza. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula: 11660511. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750, Gustavo A. Madero, CDMX. Tel: 55-87-44-22 Ext. 15307 y 15320. Correo electrónico: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores: Dr. Salazar Reyes Juan Pablo. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98353980. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX. Tel. Tel. 55874422 Ext. 15368/15368 E-mail pablo_020590@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



(ANEXO 3)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

Esta **encuesta** tiene como finalidad conocer los “Factores de riesgo individuales, familiares y clínicos asociados al abuso de sustancias en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo”. No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

NADIE conocerá tus respuestas, por lo que puedes contestar con absoluta sinceridad. Contesta a las preguntas basado en lo que realmente sabes o haces.

No dejes ninguna pregunta sin contestar

Marcar con una “X” tu respuesta.

1. Edad_____ años cumplidos.
2. Género:
 - (1) Femenino.
 - (2) Masculino.
3. Cuál es el nivel de estudios del jefe(a) de tu familia:

(a) No estudio	(b) Primaria incompleta	(c)Primaria completa
(d) Secundaria incompleta	(e) Secundaria completa	(f) Carrera comercial o técnica
(g) Preparatoria incompleta	(h) Preparatoria completa	(i) Licenciatura incompleta
(j) Licenciatura completa	(k)Maestría	(l) doctorado

4. En tu casa cuantas con:

	número
(a) Sin incluir los baños, <u>habitaciones tiene</u> (recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio)	
(b) <u>baños con regadera</u> para uso exclusivo de la familia	
(c) cuantos focos	
(d) cuantos automóviles propios (excluir taxis)	

(e) De qué material es el piso de tu casa:

- (1) Tierra.
- (2) Cemento.
- (3) Otro tipo de material o acabo.

En tu casa hay:	No (0)	Si (1)
(f) calentador de agua		
(g) aspiradora que funcione		
(h) lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente		
(i) microondas que funcione		
(j) tostador eléctrico de pan que funcione		
(k) DVD que funcione		
(l) Computadora Personal propia que funcione		

5. Practicas algún tipo de ejercicio por 60 minutos, 5 o más veces a la semana

- (0) No.
- (1) Si.

6. Marca con una X del 1 al 10 la respuesta que mejor describa cómo te sientes o consideras tu estado de salud hasta el día de HOY.

Muy malo _____ Muy bueno
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. El médico te ha diagnosticado algún tipo de enfermedad (como diabetes, asma, presión alta, ulcera gástrica, artritis, sida, cáncer, etc.)

- (0) No
- (1) Si Cual: _____

En la siguiente sección tratamos de verificar algunas situaciones en tu familia, marca una "X" en la columna según la opción que consideras más conveniente, las posibles respuestas son las siguientes.

1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo, 4= totalmente de acuerdo

8. Con frecuencia en mi familia:

	1	2	3	4
1. Hablamos con franqueza				
2. Hacemos las cosas juntos				
3. Mis padres me animan a expresar mis puntos de vista				

4. No hay malos sentimientos				
5. Nos gusta hacer las cosas juntos				
6. Acostumbramos a expresar nuestra opinión sobre cualquier tema				
7. No me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia				
8. Es importante para todos expresar sus opiniones				
9. No tengo que adivinar qué piensan o sienten los miembros de la familia				
10. Somos cariñosos				
11. Mi familia me escucha				
12. Es fácil llegar a acuerdos				
13. Expresamos abiertamente nuestro cariño				
14. Nos preocupamos por los sentimientos de los demás				
15. Hay un sentimiento de unión				
16. Me siento libre de expresar mis opiniones				
17. La atmósfera es desagradable				
18. Nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente				
19. Nos desquitamos con la misma persona cuando algo sale mal				
20. Somos cálidos y nos brindamos apoyo				
21. Todos aportamos algo en las decisiones familiares importantes				
22. Encuentro fácil expresar mis opiniones				
23. A cada quien le es fácil expresar su opinión				
24. Cuando tengo algún problema lo platico a mi familia				
25. Acostumbramos hacer actividades en conjunto				
26. Somos sinceros unos con otros				
27. Es fácil saber las reglas que se siguen en la familia				
28. Acostumbramos discutir nuestros problemas				
29. Somos muy receptivos para los puntos de vista de los demás				
30. De verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros				
31. Puedo expresar cualquier sentimiento que tenga				
32. Los conflictos siempre se resuelven				
33. Expresamos abiertamente nuestras emociones				
34. Si las reglas se rompen sabemos a qué atenernos				
35. Las comidas con frecuencia son amigables y placenteras				
36. Nos decimos las cosas abiertamente				
37. Los miembros de la familia no se guardan sus sentimientos				

Las siguientes preguntas están relacionadas con el consumo de alguna sustancia que pueda dañar tu salud, no hay respuestas buenas o malas solo necesitamos que respondas con la mayor veracidad posible:

1. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días tomaste un “trago” de alcohol?
_____ (días)
2. En los últimos 30 días en que tomaste alcohol, ¿Cuántos “tragos” tomaste por día?
(0) No tomé alcohol.
(1) _____ tragos.

3. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces has usado drogas?

(0) 0 veces.

(1) _____ veces.

4. Has fumado 100 cigarros o más en tu vida.

(1) Si.

(0) No.

5. ¿Cuánto tiempo después de levantarte, fumas tu primer cigarro?

_____ Horas _____ minutos.

6. De los siguientes enunciados subraya el que describa cómo te sientes en este momento.

1. Tu deseo de vivir es: (0) Fuerte. (1) Moderado. (2) Débil.
2. Tu deseo de morir es: (0) Ninguno. (1) Débil. (2) De moderado a fuerte.
3. Tus razones para vivir: (0) Las de vivir superan a las de morir. (1) Aproximadamente igual. (2) Las de morir superan a las de vivir.
4. Tu deseo de intentar suicidio es: (0) Ninguno. (1) Débil. (2) De moderado a fuerte.
5. En relación a situaciones que ponen en riesgo tu vida: (0) Tomo precauciones para conservar mi vida. (1) Tejo la muerte al azar. (2) No tomo las medidas necesarias para conservar la vida.
6. Con que frecuencia piensas en suicidarte: (0) Nunca. (1) Periodos breves, pasajeros. (2) Continuos.
7. Frecuencia del suicidio: (0) Rara ocasional. (1) Intermitente. (2) Persistente o continua.

<p>8. Tu actitud hacia pensamientos suicidas: (0) No tengo. (1) Ambivalente. (2) Aceptación.</p>
<p>9. Control sobre el deseo suicida: (0) No tengo deseos suicidas. (1) Inseguro de poder controlarme. (2) No tengo ningún control.</p>
<p>10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia, religión, irreversibilidad): (0) No lo intentaría debido a un impedimento. (1) Alguna preocupación acerca de los impedimentos. (2) Ninguna preocupación acerca de los impedimentos.</p>
<p>11. Motivo del intento proyectado: (0) No considera. (1) Huir, acabar, solucionar problemas.</p>
<p>12. Planificación del intento de suicidio: (0) No considerada. (1) Considerada, pero detalles no ultimados. (2) Detalles bien formulados.</p>
<p>13. Oportunidad del intento proyectado: (0) Sin oportunidad disponible. (1) Oportunidad no fácilmente disponible. (2) Oportunidad disponible. (3) Futura oportunidad.</p>
<p>14. Capacidad para llevar a cabo el intento de suicidio: (0) No animado, demasiado débil, temeroso, incompetente. (1) Inseguro del valor competencia. (2) Seguro de la competencia, valor.</p>
<p>15. Anticipación del intento: (0) No. (1) Si.</p>
<p>16. Preparación actual del intento suicida: (0) Ninguna. (1) Parcial (por ejemplo, empezando a reunir píldoras). (2) Completa píldoras conseguidas, pistola cargada.</p>
<p>17. Nota suicida: (0) Ninguna (2) Iniciada pero no completada (2) Completada</p>
<p>18. Ocultamiento del suicidio: (0) Ideas reveladas abiertamente (1) Mas o menos revelado (2) Ocultar</p>

****Muchas Gracias por su participación.**