



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32,
GUASAVE, SINALOA

**“CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE Y SU ASOCIACIÓN AL
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA PREPARATORIA DE LA
ENTRADA, GUASAVE SINALOA”**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

JERSAIN YAMIR ORNELAS SANCHEZ

TUTOR PRINCIPAL

DR. JOSÉ FRANCISCO ESPINOZA RUBIO
MATRÍCULA 99030417, ADSCRIPCIÓN: HGZ C/MF No. 32

DR. JULIO MANUEL MEDINA SERRANO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD, COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS DE LA DELEGACIÓN IMSS
SINALOA.

SINALOA, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE Y SU ASOCIACIÓN AL
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA PREPARATORIA DE LA ENTRADA,
GUASAVE, SINALOA**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DR. ORNELAS SÁNCHEZ JERSAIN YAMIR
AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE LA DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 32, Guasave, Sinaloa
Hoja de aprobación

Dr. Martín de Jesús Ahumada Quintero

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No. 32, IMSS
GUASAVE, SINALOA

DR. José Francisco Espinoza Rubio

ASESOR DE TESIS

Dr. Edi Samuel Espinoza Astorga

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. Oswaldo Salazar Valenzuela

ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD IMSS HGZ C/MF No. 32, GUASAVE.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **101** con número de registro **13 CI 01 001 216** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA NUM 1, AGUASCALIENTES

FECHA **21/03/2017**

DR. JERSAIN YAMIR ORNELAS SANCHEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE Y SU ASOCIACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA PREPARATORIA DE LA ENTRADA, GUASAVE SINALOA"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-101-7

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA JOSEFINA RODAL DIAZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTO

Gracias a dios por brindarme la oportunidad de obtener otro triunfo personal y darme salud, sabiduría y entendimiento para lograr esta meta.

A mis padres por ser siempre incondicional y darme su apoyo en todo momento que me han enseñado los principios de vida que fueron tan importantes para diferenciarme día tras día.

A mí querida esposa e hijos los que han sacrificado momentos y ausencias y diferentes estados de ánimo en esta larga travesía.

A mis distinguidos asesores y maestros modelos de valor y sabiduría, por su desinteresada y generosa labor de transmisión del saber, su inagotable entusiasmo y sus acertados consejos y sugerencias.

Un Agradecimiento especial a las autoridades de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, DEL IMSS del SNTSS y a todas aquellas personas que me han apoyado incondicionalmente permitiéndome realizar mis estudios de posgrado .a todos aquellos que han intervenido en mi formación ¡MUCHAS GRACIAS!

ÍNDICE GENERAL

I.- RESUMEN.....	1
II.- MARCO TEÓRICO.....	3
A. Antecedentes Científicos.....	3
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
IV.- JUSTIFICACIÓN.....	18
V.- OBJETIVOS.....	20
A. Objetivo General.....	20
B. Objetivos Específicos.....	20
VI.- HIPÓTESIS.....	21
VII.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
A. Tipos de Estudio.....	22
B. Diseño de Investigación.....	22
C. Población, Lugar y Tiempo de Estudio.....	22
D. Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra.....	22
E. Criterios de Selección.....	22
1). Criterios de Inclusión.....	22
2). Criterios de Exclusión.....	22
3). Criterios de Eliminación.....	23
F.-Variables.....	23
1). Tipos de Variables.....	23
a.- Variable Dependiente.....	23
b.- Variable Independiente.....	23
c.- Variables Concurrentes.....	23
2). Operacionalidad de Variables.....	24
G. Instrumento de Recolección de Datos.....	26
H. Método o Procedimiento para Captar Información.....	26
I. Análisis Estadístico.....	27

J. Aspectos Éticos.....	27
K. Recursos.....	27
1). Recursos Humanos.....	27
2). Recursos Materiales.....	27
3). Factibilidad.....	28
VIII.- RESULTADOS.....	29
A. Descripción.....	29
B. Gráficas.....	31
IX.- DISCUSIÓN.....	40
X.- CONCLUSIÓN.....	41
XI.- BIBLIOGRAFÍA.....	42
XII.- ANEXOS.....	44
A. Carta de Asentimiento.....	49
B. Carta de Consentimiento Informado.....	50

ABREVIATURAS

Dr: Doctor

Dx: Diagnóstico

ECRA: Auto Aplicado y Confidencial Adaptado

ENS: Encuesta Nacional de Salud

F: Femenina

HGZ: Hospital General de Zona

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

M: Masculino

MDMA: 3,4-Metilendioximetanfetamina

No: Número

NOM: Norma Oficial de Salud

OEA: Organización de los Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PD: Pediatra

PPC: Feniciclohexilpiperidina

SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social

SNC: Sistema Nervioso Central

THC: Tetrahidrocannabinol

UMF: Unidad de Medicina Familiar

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

I.- RESUMEN:

“CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE Y SU ASOCIACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA PREPARATORIA DE LA ENTRADA, GUASAVE, SINALOA”

Ornelas -Sánchez JY¹, Espinoza –Rubio JF² ¹Alumno de Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, ²Médico Especialista en Medicina Familiar HGZ c/MF No. 32.

Introducción. Se ha identificado que el consumo de drogas es un fenómeno que se ha incrementado de manera importante, de este hecho es que cuando los jóvenes la consumen están propensos a cometer conducta disruptiva/violenta, tanto en el exterior como en el interior de las escuelas. Las investigaciones han encontrado que el periodo de los 12 a los 17 años, es la edad más susceptible para que los adolescentes se inicien en el consumo de las drogas. En el estado de Sinaloa hay jóvenes entre 12 y 17 años que ya tienen adicciones al cristal y muchos son poli usuarios. Sinaloa se ubica en cuarto lugar a nivel nacional en el consumo de metanfetaminas y lo grave es que cada vez hay personas más jóvenes que caen en la adicción, pues incluso hay pacientes de 12 años de edad de estas drogas sintéticas.

Objetivo General. Determinar la frecuencia de las conductas de riesgo en adolescentes mayormente asociadas al consumo de drogas ilegales en la preparatoria de la Entrada Guasave, Sinaloa.

Material y Métodos. Se realizó una encuesta descriptiva, observacional, transversal, prospectiva, en adolescentes de la preparatoria de la Entrada de Guasave, Sinaloa, con conductas de riesgo, asociado al consumo de drogas ilegales. El estudio se realizó durante el periodo de abril a julio del 2017. De una población total de 144 estudiantes de la preparatoria de la Entrada de Guasave, Sinaloa. Se incluyeron a todos los alumnos que acudieron a la preparatoria de la Entrada en ambos turnos en el periodo comprendido de abril a julio del 2017. Se excluyeron del estudio a todos los alumnos que mostraron rechazo a participar a la encuesta o con conductas personales que pusieran en riesgo la integridad el encuestador.

Resultados. Se encontró que los jóvenes de 16 y 17 años de edad que habían presentado conductas de violencia familiar y violencia en el noviazgo, tuvieron tendencia al consumo de alguna droga ilícita.

Conclusión. Los adolescentes que presentan alguna conducta disruptiva o violencia familiar o que consumen alguna droga lícita, tienen mayor probabilidad de usar drogas ilícitas.

Palabras Claves. Conductas disruptivas, adolescencia, drogas ilícitas, drogas lícitas.

II.- MARCO TEÓRICO

A. Antecedentes Científicos

Se ha identificado que el consumo de drogas es un fenómeno que se ha incrementado de manera importante, de este hecho es que cuando los jóvenes la consumen están propensos a cometer conducta disruptiva/violenta, tanto en el exterior como en el interior de las escuelas, las investigaciones han encontrado que el periodo de los 12 a los 17 años, es la edad más susceptible para que los adolescentes se inicien en el consumo de las drogas.

El fenómeno del consumo de las drogas es un problema social y de salud pública que de manera alarmante se ha agudizado en los últimos años en la mayoría de las naciones del mundo. Los aspectos más críticos y preocupantes de este problema son la creciente presencia social de su uso, un inicio cada vez más precoz. El poli consumo, la utilización de espacios públicos, principalmente la calle, para su consumo. ¹

Hirshi en 1969, refiere que el medio familiar es muy importante, parten de la concepción del ser humano como individuo hedonista, egoísta, orientado al placer inmediato y, por tanto “propenso” a la transgresión de normas, para que el sujeto llegue a aceptar y respetar las normas sociales, es necesario que, durante el proceso de socialización, el individuo se valla “apegando” a instituciones convencionales, tales como la familia. Según a mayor sea la integración de un individuo en la sociedad, menor será su tendencia a consumir drogas y a participar en conductas delictivas, para los niños y adolescentes, siendo los principales agentes de integración social; la familia, la escuela y los amigos.²

MG Guire en 1972, refiere que la teoría de inoculación psicosocial desarrollada por él, plantea que es altamente probable que los adolescentes, bajo presión se involucren en conducta de riesgo como el consumo de drogas. La presión social incluye presión de los

padres, modelos de padres adictos, mensajes relacionados con el consumo de drogas, en los medios de comunicación, los cuales muestran en ocasiones consumidores de alcohol o tabaco que son atractivos para los adolescentes.

Jessor en 1977, explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas como problemáticas durante la adolescencia: la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o arriesgadas. El consumo de drogas, Jessor define a las conductas problema como aquel tipo de actividades que son socialmente definidas como problemáticas. Que son fuentes de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales, 1985 Elliot Huizinga y Ageton, desarrollaron estudios de la desviación social. Elliot, asume planteamientos de la teoría de la “tensión estructural” que su eje central es la disparidad entre las metas y los medios que se dispone para conseguirlas. En segundo lugar el modo Elliot incorpora planteamientos de las teorías del control social (Hirshi 1969), si el sujeto no se “apega” a instituciones convencionales y no asimila sus valores tendrá a transgredir las normas.

Oetting y Beauvais en 1987, tienen ciertas semejanzas con el modelo Elliot estos plantean que la única variable con una influencia directa sobre la conducta desviada es la implicación con amigos consumidores. Y también otros factores de riesgo. Existe una serie de variable que crea el “sustrato” para que el consumo aparezca. Algunos de ellos tienen que ver con la estructura social (pobreza, condiciones de prejuicio, exclusión social y la desestructuración familiar, son condiciones que favorecen el consumo, respecto a la conducta delictiva, Moffitt (1933) tiene múltiples causas o son el resultado de la combinación de varios elementos de los entornos, familia, escolar y social.

Según Xavier Bichat, Servicio de Psychiatrie, Hospital Louis Mourier, la conducta de riesgo se define como la búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida. Estas conductas, diferentes de las acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y, en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte.³

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998): conductas de riesgo se relacionan con un incremento de las probabilidades de tener efectos negativos en el individuo, ya sea que deriven en una enfermedad o tengan consecuencias en la salud física o mental.

La OMS define la adolescencia como el periodo de vida comprendido entre los 10 y 19 años, durante esta etapa el adolescente se transforma en un individuo maduro en sus dimensiones físicas, sexual, psicológico y social y establece su propia identidad.⁴

La conducta de riesgo en adolescentes son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbimortalidad en esta etapa, entre las cuales se menciona el consumo de drogas, embarazo precoz, mala alimentación, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio entre otras.⁵

La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador de desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que este se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida.

La adolescencia es después de la niñez, la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital y en donde se adquieren la mayoría de los hábitos que pueden ser consecuencias para la salud a largo plazo, originando conductas de riesgo, tales como el tabaquismo, sedentarismo, mal nutrición, consumo de drogas adictivas, actividad sexual sin protección, las cuales tienen repercusiones biológicas, y psicosociales, negativas tales como el embarazo, obesidad, complicaciones metabólicas, drogadicción, deserción escolar, pobreza e incluso causar invalidez o muerte, como los accidentes, suicidio y homicidios.⁶

El consumo de drogas en la adolescencia constituye un problema de salud pública y una gran preocupación para los padres, profesionales de la salud, profesores y la sociedad en general. Ningún otro problema de salud a esta edad, conduce a tan trágicos efectos en

términos de mortalidad, morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia del joven.

Las razones que dan los jóvenes para el consumo son: sentirse mayor, ser aceptados, socialización, experimentar, sentir placer, por rebeldía, para satisfacer la curiosidad, aliviar la ansiedad, y la depresión, el estrés o aburrimiento y resolver problemas personales.⁷

Las etapas del consumo de drogas en el adolescente son curiosidad siempre alguien le ofrecerá una droga. Si su autoestima es baja, es probable que se decida y no sepa decirnos, al consumir se encuentra bien sin consecuencias desagradables. Hay jóvenes que lo dejaron aquí y no volvieron a consumirlo. A continuación se describen las siguientes etapas en el consumo de drogas:

1.- Aprendizaje: el consumo tiene lugar dentro de las actividades del grupo, y su presión es muy importante. Experimenta sobre todo durante los fines de semana. Al usar la sustancia tienen sensaciones positivas, y pocas adversas.

Con el uso de las drogas encuentran un alivio temporal a los problemas que le puedan surgir.

2.- Búsqueda: busca el estado de ánimo que produce.

Se siente orgulloso de ser experto, aunque a veces tiene cierto sentido de culpabilidad. Aumenta el consumo, empieza a usar la droga de forma individual, sin estar en grupo, empieza la modificación de la conducta, del rendimiento escolar y bajan las notas. Tiene cambios bruscos de humor altercados con los padres y tendencia y aislamiento.

3.- Preocupación: obsesión por la sustancia y por los cambios psicológicos que en ocasiones pierde el control de su vida.

Cambios emocionales marcados (desde euforia a profunda depresión pasando por la ideas suicidas, ausentismo, fracaso y abandono escolar, llega a cometer robos, peleas, mentiras patológicas, distanciamiento de los amigos que no consumen droga.

4.- Destrucción: necesita a cualquier precio la sustancia para no llegar al síndrome de abstinencia, físico o psicológico. Pero la droga ya no le produce euforia, con frecuencia sufren depresión y tienen sentimiento de culpa, remordimiento y vergüenza, deterioro de salud física y mental.⁸

DROGA:

Según la OMS: toda sustancia que es introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este, pudiendo producir un estado de dependencia física, psíquica, o de ambos tipos.

Existen diferentes posibilidades a la hora de realizar la clasificación de drogas.

Clasificación común en drogas duras y blandas, sociológicas legales e ilegales sobradamente conocida, por su origen natural, sintético y semisintético por su clasificación clínica esta se realiza en funciones de las transformaciones que los principios psicoactivos ejercen sobre el sistema nervioso central.

Clasificación de la OMS

Grupo I opio y sus derivados, grupo II barbitúricos tranquilizantes y alcohol, grupo III cocaína, anfetaminas y sus derivados, grupo IV derivada de cannabis LSD y otros. Tenemos depresores del SNC: alcohol, benzodiazepinas, opiáceos estimulantes del SNC: cocaína, anfetaminas, xantinas, psicodislépticos, LSD, mezcalina y psilocibina, PPC y MDMA, otros THC nicotina inhalantes, atropina, ketamina, propranolol, amandina y cromoglicato.^{4,9}

El objetivo es analizar la prevalencia del consumo de sustancias adictivas en el adolescente escolarizados de la provincia de Valladolid, así como relación de diversos factores.

El número final de alumnos encuestado fue de 2412 de 13 a 18 años de la provincia de Valladolid durante el año 2012 donde 77.2% de los encuestados había tomado bebidas alcohólicas alguna vez; un 36.7% tabaco y un 17% cannabis, un 2.5% tranquilizantes con receta; y 1.9% anfetaminas; y 1.3% tranquilizantes sin receta; 1.1% éxtasis; 1% cocaína; un 38.3% de los adolescentes había consumido dos o más sustancias.

La edad media de inicio del consumo de alcohol y tabaco es entre los 13 y 14 años, y de drogas ilegales entre los 15 y 16.

Muchos inician su consumo en la edad pediátrica. Algunos pasarán de la experimentación, pero otros consumirán droga de manera regular desarrollando abuso o dependencia.

Encontraron que el consumo es especialmente perjudicial en edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de la enfermedad, sufrimiento y mortalidad no solamente afecta al que la consume sino también a los que lo rodean.

El objetivo de este artículo es conocer la magnitud y el patrón de consumo de alcohol y drogas por los adolescentes a nivel local, con el fin de concretar las medidas y estrategias para abordar esta conducta de riesgo, así como analizar las variables sociodemográficas y factores de riesgo que lleva asociado al consumo de esta sustancia.

Huedo Medina y cols, hablaron sobre los factores de riesgo predictores del patrón del consumo de drogas durante la adolescencia. Copyright 2009: servicio de publicaciones de la universidad Murcia. Murcia (España).

Estudiaron los factores de riesgo predictores del patrón del consumo de drogas durante la adolescencia.

El objetivo principal de este estudio consistió en analizar la discriminación de la frecuencia del consumo, cada vez conocida la existencia del mismo, de dos sustancias

ilegales alcohol y tabaco, y una ilegal, cannabis, entre adolescentes en función de la existencia de factores de socialización con el fin de determinar la capacidad predictiva de los mismos para que se den un mayor o menor consumo de cada una de las sustancias. Se esperaba una relación directamente proporcional entre mayores niveles de vulnerabilidad socio familiares entre aquellos con una mayor frecuencia de consumo, así como la frecuencia y la cantidad mayor de consumo se sustancias se viera afectada significativamente por haber consumido de cualquiera de las otras dos sustancias, durante el último mes. Unos de los grupos de factores de riesgo que han captado más la atención entre los investigadores, han sido el de los factores familiares.

El consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en que influye la familia, como transmisora de creencias valores y hábitos que condicionan más adelante la probabilidad del consumo. Se recabaron los datos de 853 estudiantes de los cuales 126 fueron excluidos por información incompleta mal complementada. Se seleccionaron los adolescentes que informaron algún d consumo de alcohol, tabaco o cannabis.

La muestra quedo conformada de un total de 292 adolescentes con un rango de edad de 11 y 17 años y una media de 15.17 de años para los fumadores, de 15.06 para los bebedores y 15.36 para fumadores de cannabis.

Encontraron los investigadores que hay factores para el consumo de drogas, uno de ellos es la relación de la familia ante el posible consumo 12 otro la actividad de los amigos ante las drogas, su nivel de consumo y el tipo de actividades que pueden realizar con ellos. Otro seria el acceso a las drogas la percepción del sujeto sobre la facilidad del acceso a las drogas en su entorno.¹⁰

El quinto factor la educación familiar en drogas, este evalúa la educación familiar en drogas, al adolescente, el sexto actividades protectoras, calidad de relación con la familia y variables del ámbito académico, y por último, estilo educativo, normas familiares y la forma de establecerla.

En cuanto a las variables de vulnerabilidad familiar los resultados muestran que los adolescentes consumen menos tabaco y alcohol cuando mayor es el disgusto de la familia, ante el consumo. En el caso del cannabis la reacción de la familia no resulta significativa en cuanto a la cantidad consumida. Esto puede ser debido a que el consumo del cannabis está más asociado a factores de mayor riesgo familiar y una vez que se ha iniciado el consumo de este se vuelve más problemático.

Las variables sociales y familiares como factores de riesgo para la transición del uso experimental de sustancias, a un uso de las mismas más habitual y frecuente en la adolescencia y las implicaciones para el desarrollo de programas preventivos.

Existe una notoria necesidad de reducir los factores de vulnerabilidad familiar a través de unas relaciones equilibradas basadas en el afecto, el apoyo y unos niveles consensuados de supervisión y control.

Las variables grupo de amigos, vulnerabilidad familiar y consumo de drogas han tenido un peso específico en los modelos que mejor modelan, por tanto deben ser estudiadas en profundidad para evitar el fracaso de los programas de talla única para al menos si no eliminar totalmente el consumo si reducirlo considerablemente.

Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación.

En el 2012 la prevalencia anual del consumo de marihuana en escolares de 11 a 19 años era de 1.9%, 0.9% en el caso de cocaína, 0.7% para pasta básica de cocaína (PBC) y 0.6% para éxtasis. Entre los consumidores de marihuana, cocaína, PBC y éxtasis, el 31%, 32%, 35% y 43% respectivamente, lo hacía de manera habitual. Estos datos son similares a los de otras poblaciones como por ejemplo el ámbito mexicano, donde el consumo de marihuana y cocaína, así como la progresión del consumo son similares a la del contexto peruano.¹¹

Existe una serie de factores de riesgo que pueden llevar a un adolescente a consumir sustancias psicoactivas sin embargo cuando estos factores interactúan entre ellos y las características personales de los adolescentes, pueden generarse condiciones de riesgo estables, que establecen una condición de vulnerabilidad. Uno de los determinantes de riesgo para el inicio de consumo es lo que debida definió como vulnerabilidad social. Esto se refiere a la percepción de los adolescentes de un ambiente inseguro, con robos frecuente a transeúntes, donde existe venta y consumo de drogas, las instalaciones como pistas veredas.¹²

Un clima familiar negativo caracterizado por rechazo y estrés excesivo conflicto familiares, falta de comunicación efectiva y apoyo entre los miembros de la familia, así como un menor nivel educativo de los padres, pueden llevar a un adolescente a consumir sustancias. Otros factores importantes para el consumo de drogas son las conductas familiares antisociales, actitudes positivas hacia el consumo de drogas y la accesibilidad de los adolescentes a las sustancias.

El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales con variables psicosociales tales como: la facilidad para adquirir drogas no legales, antecedentes de conductas delictivas y diagonal o el consumo de sustancias psicoactivas dentro del seno familiar, la percepción de ambiente socialmente vulnerable y si el adolescente ha experimentado o ha sido testigo de violencia en el ambiente familiar.

Este estudio muestra que factores familiares tienen un gran peso en el consumo de sustancias psicoactivas, los adolescente que no viven con ninguno de sus padres son los que tienen una mayor probabilidad de inicio de sustancias el no vivir directamente con el padre y la madre biológica muestra una mayor probabilidad de consumo, lo que afecta que el ambiente familiar sea hostil e inestable por violencia, baja estabilidad económica y poca constancia en la crianza.¹³

En el 2011, se estudiaron las conductas de riesgo en una muestra de adolescentes peruanos y mexicanos, utilizando datos de 1568 adolescentes peruanos entre 10 y 21 años de edad dentro de los cuales 815 fueron peruanos y 753 fueron mexicanos de la ciudad de Toluca, encontraron que los estudios indican que la mayoría de los problemas de salud, de este grupo de edad son consecuencias de conducta de riesgo (abuso de sustancias lícitas e ilícitas, sedentarismo, malos hábitos, inicio temprano de la actividad sexual).

Las familias aún en las sociedades más modernas, necesitan ser dinámicas, evolutivas y con funciones que se deben cumplir, durante las etapas del desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de efecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Además, es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema.

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable, para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola, se encontrara que los adolescentes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una mayor probabilidad de desarrollar ciertas conductas de riesgo como por ejemplo: el consumo de sustancias lícitas e inicio temprano de la actividad sexual, también se encontró que familias mono parentales en comparación con familias biparentales presentan, en algunos casos características diferenciales (ingreso, educación) que originan efectos negativos en muchas áreas, tales como la salud, aprendizaje, problemas conductuales, problemas psicológicos, etc. En el presente estudio se propuso determinar y comparar las conductas de riesgo en una muestra de adolescentes peruanos y mexicanos. Se utilizó el cuestionario escala de conductas de riesgo en adolescentes.

(ECRA), auto aplicado y confidencial, adaptado del cuestionario “adolescent health survey”, se obtuvieron datos de variables demográficas, situación escolar y laboral de los padres, situación económica, constitución y funcionamiento familiar, existencia de redes de apoyo, antecedentes familiares de hábitos alimentarios y salud.

También evaluaron algunas conductas de riesgo (conducta sexual de riesgo o consumo de sustancias lícitas e ilícitas, inactividad física).

Se encontró que la edad promedio en Perú de 15.5 años y en México 14.9, donde las sustancias lícitas, la prevalencia de consumo más alta corresponden a tabaco (57.5 y 38.7 % para Perú y México respectivamente seguida por la ingesta de alcohol 64.3 y 54.1 %).

Adicionalmente el análisis de consumo de sustancias ilícitas, muestra que la utilización de marihuana es de 24.1 % en los adolescentes Peruano y de 4.8% en los Mexicanos.

En este estudio encontraron que adolescentes chilenos y mexicanos que perciben como disfuncionales a sus familias, tiene mayor riesgo de consumir tabaco, marihuana y tranquilizantes. Es importante resaltar la influencia de los padres como modelos de consumo de estas sustancias; ya que encontramos que los hijos de padres y /o madres que consumen tabaco, alcohol u otras sustancias, tienen un mayor riesgo de consumirlas también.

Se podría decir la existencia de numerosos factores en el universo, adolescentes que estaría disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en alguna de las patologías interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales.¹⁴

Durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamiento problemáticos o de riesgo, ejemplo: el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz sin protección, también considera que en las adicciones, confluyen factores de riesgo individuales, (como compulsividad y/o agresión antisocial), familiares (como uso de drogas por padres o hermanos) y culturales o sociales (como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas). Se ha demostrado una secuencia progresiva de consumo de sustancias, partiendo por las legales (cigarrillos y alcohol), para pasar por marihuana

a una edad algo mayor y terminar, al fin de la adolescencia con consumo de cocaína y otras sustancias ilegales más tóxicas.

Se plantea que existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro o sea indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen al acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo.

Dentro de los factores de amplio espectro, nombra familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado, locus de control interno, bien establecido, permanecer en el sistema educativo formal.

Este estudio se realizó con una muestra integrada por 23 adolescentes (entre 15 y 20) de ambos sexos, 20 adultos y (padres, profesores, psicólogos de adolescentes) residentes de la ciudad de Madrid, España.

El primero de los 7 grupos que formaron la muestra determinada de nuestro estudio, representa a la adolescencia de 15 años de ambos sexos sin problemáticas graves, el tercer grupo de adolescentes es de 14 a 16 años de ambos sexos, que hayan asistido a terapia como mínimo tres meses, en un sistema de salud pública: 5 adolescentes de 17 a 20 años de ambos sexos que hayan asistido a terapia como mínimo tres meses en un sistema de salud privado, en el cuarto grupo está compuesto por dos padres y cuatro madres, de adolescentes con y sin problemáticas.

Otro grupo es de 6 profesores de adolescentes de ambos sexos, y el último grupo de discusión estuvo compuesto por 8 psicólogos.

El grupo de 15 años planteó como dificultades propias de edad, las adicciones, mencionando específicamente, al cigarrillo y las drogas.

El grupo de 17 años también presentó a las adicciones como dificultades de la adolescencia, también agregaron a la anorexia y bulimia.

En el grupo de psicoterapia privada se planteó el tema de la pérdida de valores dentro de la familia que lleva a la falta de autocontrol y a conductas de riesgo tales como el abuso de cigarrillo, alcohol, droga y conductas sexuales no seguras. También hablaron sobre la influencia negativa de la sociedad y los medios masivos de comunicación, impidiendo un pensamiento crítico en los jóvenes.

El grupo de padre identificó a las adicciones (alcoholismo, cigarrillo, drogas como uno de los grandes riesgos de sus hijos, adolescentes, promovidas por adultos inescrupulosos.

El grupo de profesores observó que dentro de las dificultades de sus alumnos adolescentes se encontraron algunos trastornos psicológicos como el síndrome de hiperactividad, el trastorno obsesivo compulsivo, depresión, timidez y aislamiento.

Los psicólogos de adolescentes al hablar de las principales problemáticas atendidas a los motivos de consulta mencionaron las adicciones, los problemas de la escuela, problemas de conducta, depresión, angustia, confusión y preocupación de algunos adolescentes, los problemas familiares cuestiones y vacacionales de sociedad conflictos con la ley y los intentos o conductas suicidas.

Se llegó a la conclusión que los adolescentes de 15 años consideraron como principal factor protector al apoyo y atención familiar. Los de 17 años, además del apoyo familiar y de los amigos, los adolescentes del grupo de psicoterapia privada consideraron que las actividades deportivas, religiosas, ecológicas y comunitarias compartidas con amigos y la armonía familiar eran algunos de los factores de prevención para evitar conductas no adaptativas. Los padres plantearon como estrategia de crianza, para prevenir que sus hijos tuvieran dificultades, el dialogo y la escucha de sus hijos. También apostaron al dialogo con los alumnos, al trabajo en grupo, a aumentar su autoestima, a diversas y

variadas estrategias de enseñanza, y a la consulta al gabinete psicopedagógico como estrategia preventiva. Los psicólogos, al hablar de algunas intervenciones clínicas eficaces, consideraron el construir alianza con el adolescente, (lo que implica escucharlo atentamente y demostrarle interés).¹⁵

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas que enfrenta nuestro país en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales por un amplio sector de la población, debido por un parte, a que estas sustancias alteran el funcionamiento del cuerpo, la mente el comportamiento y la interacción con otros y por otra parte a que su uso puede generar adicción y daños severos.

En las últimas décadas con respecto al consumo de sustancias ha llevado a buscar soluciones poniendo un especial énfasis en el campo de la prevención con el fin de tratar las consecuencias sociales y personales del consumo de los adolescentes que, en muchos casos se mantiene en edad adulta. Se han realizado programas preventivos dirigidos al os adolescentes. Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Estas características personales, sociales y familiares permitirán predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situaran a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamiento.

La edad de los 13 y 15 años el comienzo de la utilización de drogas. En este periodo existe un aumento en el consumo pudiendo ser una etapa vulnerable para la iniciación.

Los cambios fisiológicos, psicológicos, y socioculturales, que se producen en la adolescencia y la forma personal en cada sujeto asimile dichos cambios, determinara el logro de una mayor o menor nivel de independencia y autonomía, actuando así como factores de riesgo (Facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas.)

¿Cuál es la asociación de las conductas de riesgo del adolescente y el consumo de drogas ilegales en la preparatoria de la entrada de Guasave, Sinaloa?

IV.-JUSTIFICACIÓN

En el estado de Sinaloa hay jóvenes entre 12 y 17 años que ya tienen adicciones al cristal y muchos son poli usuarios .Sinaloa se ubica en el cuarto lugar a nivel nacional en el consumo de metanfetaminas y lo grave es que cada vez hay personas más jóvenes que caen en la adicción, pues incluso hay pacientes de 12 años de edad de estas drogas sintéticas.

Baja california ocupa el primer lugar en consumo de esta droga altamente adictiva, le sigue Baja california sur, colima y en cuarta posición Sinaloa como lo dijimos anterior mente.

Lo que obliga a intensificar las acciones preventivas por parte de las instituciones e involucrar más a los padres en esta lucha contra las drogas.

La variación por regiones. La encuesta nacional de adicciones (ENA) 2011 describe las variaciones del consumo de drogas del país por regiones.

Tendencia regionales del consumo de cualquier droga ilegal en el último año en la población de 12 a 65 destaca que el 1.8 de la población total de México ha consumido cualquier droga, se médica o ilegal en último año, y 0.7 %presenta dependencia, así mismo esta encuesta nacional arrojo cifras que indican que las personas que tiene dependencia a las drogas, en el último año el 18.4% ha asistido a tratamiento y el 19.8% son hombres y 8.9 % son mujeres.

Nuestro interés es centrar el estudio en las características, individuales, familiares y sociales que rodean al adolescente y que puedan influir para que el utilice drogas ya que en la familia si presentan algunos factores que en mayor o en menor medida impactan en la dinámica familiar y por ende en sus miembros ocasionando posiblemente en algunos, dificultades para poderse²¹ adaptar a ciertas circunstancias y quizás encontrara en las drogas una aparente solución a los problemas.

Los factores que nos referimos son el tipo de autoridad que es establecida por uno más miembros de la familia los roles o los papeles que desempeñan cada uno de los integrantes de la familia, la situación económica la ausencia de algunos de los padres o tutores, antecedentes del uso de alcohol o algún otro tipo de droga en uno o varios integrantes de la familia.

En la población de jóvenes objeto de este estudio, se han detectado por parte del personal docente y de apoyo algunas conductas extrañas que se repiten en aquellos alumnos que ya han sido identificados como usuarios de drogas ilegales, creo pertinente tener una base de datos en la comunidad de la entrada que corrobore esta aseveración para en caso de que se encuentre esta asociación, poder elaborar un plan de acción que ayude tanto a trabajar con el joven usuario de drogas como aquel que presenta estos rasgos de conducta y que a un se puede evitar su ingreso a este problema tan dañino para la salud física, familiar y social. Evitando además la deserción escolar, la desintegración familiar y los gastos económicos que esto genera la familia misma y en la sociedad general.

V.- OBJETIVOS:

A. Objetivo General:

Determinar la frecuencia de las conductas de riesgo en adolescentes mayormente asociadas al consumo de drogas ilegales en la preparatoria de la Entrada Guasave, Sinaloa.

B. Objetivos Específicos:

- Identificar cuáles son las diez principales conductas de riesgo en adolescentes de la preparatoria de la Entrada, Guasave, asociadas al consumo de drogas ilegales.

- Registrar cuál es la edad, el sexo, nivel socioeconómico de los alumnos de la preparatoria de la Entrada que consumen drogas ilegales.

- Identificar el grado escolar de los alumnos de la preparatoria de la entrada que consumen drogas ilegales.

- Identificar la funcionalidad y disfuncionalidad familiar de los adolescentes que consumen drogas ilegales en la preparatoria de la Entrada.

-Registrar tipo de familia.

VI.-HIPÓTESIS

A. Hipótesis de Trabajo

Los adolescentes con conductas de riesgo son más propensos al consumo de drogas ilegales.

B. Hipótesis Nula

Los adolescentes con conductas de riesgo no tienen relación con el consumo de drogas ilegales.

VII.- MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo de Estudio

Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo.

B. Diseño de Investigación

Estudio descriptivo, prospectivo tipo encuesta descriptiva.

C. Población, Lugar y Tiempo de Estudio

Adolescentes de la preparatoria de la Entrada, Guasave, Sinaloa, con conductas de riesgo, asociado al consumo de drogas ilegales. Durante el periodo de abril a julio del 2017.

D. Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra

Población de 144 estudiantes de la preparatoria de la Entrada, Guasave, Sinaloa. Primer año 60 estudiantes, segundo año 46 estudiantes y tercer año 38 estudiantes.

E. Criterios de Selección

1) Criterios de Inclusión:

Se incluyen a todos los alumnos que acuden a la preparatoria de la entrada en ambos turnos en el periodo de abril a julio del 2017.

2) Criterios de Exclusión:

Todos aquellos alumnos de la preparatoria de la entrada, que muestran rechazo a participar a la encuesta o con características y conductas personales que pongan en

riesgo la integridad del encuestador, tales como agresividad directa evidente o amenazas directas o indirectas.

3) Criterios de Eliminación:

Todos aquellos alumnos que tengan datos incompletos en las encuestas aplicadas o características y conductas personales que pongan en riesgo la Integridad del encuestador, tales como falta de respeto verbal, agresión física u otras que se observen.

F. Variable No Modificables:

1. Edad
2. Sexo

G. Variables Modificables:

1. Grado Escolar
2. Consumo de Drogas
3. No Consumo
4. Conducta de riesgo
5. Funcionalidad Familiar
6. Nivel Socioeconómico

1) Operacionalidad de Variables:

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo vivido en años.	Se toma del expediente de la preparatoria de la entrada	Razón	15 a 19 años
Sexo	División de género humano en mujer y hombre	Se obtendrá del expediente	Nominal	Masculino Femenino
Consumo de sustancias	Enfermedad crónica que puede tener un impacto devastador en la vida social laboral y familiar de las personas	Se obtiene de encuestas realizadas	Nominal	Drogas legales e ilegales
No consumo de sustancias	El Estudiante de preparatoria niega haber usado (por ningún motivo) alguna droga legal o ilegal.	Se obtiene de encuestas realizadas	Nominal	Número o porcentaje que contestaron "NO"

Grado escolar	Grado escolar de preparatoria (1ro., 2do., o 3ro.) Que este cursando el alumno al momento en que se le aplique la encuesta.	Se obtiene de encuestas realizadas	Ordinal	Primer grado Segundo grado Tercer grado
Conducta de riesgo	Búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su integridad, física, mental y emocional e incluso la vida.	-Fumar -Relaciones sexuales -Uso o abuso de drogas ilegales -Ser violento (a) Deber	Nominal numérico	En número o porcentaje
Funcionalidad familiar	es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo de	Se aplicaran los instrumentos de APGAR Y FACES III	Ordinal	Funciona o disfuncional se obtendrá de acuerdo a la selección
Nivel socioeconómico	Es el nivel de bienestar de hogar o el nivel que están satisfechas las	Se obtendrá el expediente de la preparatoria	Ordinal	Nivel alto Nivel medio alto, nivel medio típico ,nivel medio

H. Instrumentos de Recolección de Datos

APGAR Familiar: Es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar.

FACES III: Instrumento desarrollado por David H. Olson en 1985. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

Adaptabilidad: habilidad de un sistema para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Cohesión: Grado de vinculación emocional que tiene los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

Comunicación: La comunicación favorece el mantenimiento óptimo de la cohesión y adaptabilidad.

I. Método y Procedimiento para Captar la Información.

Se acudió a la preparatoria de la entrada Guasave a la dirección para solicitar autorización a la directora sobre información estadística acerca del número de estudiantes de este ciclo, escolar 2016 - 2017 acudiendo a control escolar donde se obtuvo un listado de estos. Con el permiso de las autoridades escolares se les aplico a los alumnos el cuestionario sobre conductas de riesgo, dicho cuestionario fue contestado de manera individual y voluntariamente previo firma del consentimiento informado.

También se aplicó a la familia de cada estudiante los test de Apgar y el de Faces III para determinar la funcionalidad de la familia a la cual pertenecen y para determinar el nivel socioeconómico se aplicará el test de SEDESOL publicado en el 2001.

J. Análisis Estadísticos

Análisis estadísticos: se realizara el vaciado de las variables en una base de datos. Para la representación de los resultados en el programa de Excel y power point de Microsoft office .al procesar las variables en el programa, se obtendrán frecuencias, porcentajes PARA las variables nominales y ordinales y medidas tendencia central y de dispersión para las variables numéricas. Los resultados obtenidos se presentaran en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft office.

K. Aspectos Éticos

Los procedimientos que en este estudio se llevarán a cabo están de acuerdo a las normas éticas, al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como a los códigos internacionales vigentes para la buena práctica en la investigación clínica. (Ver anexo 13.5. para el consentimiento informado).

L. Recursos Humanos y Materiales

1) Recursos Humanos:

- Médico responsable del proyecto.
- Personal del departamento de archivo clínico y sector técnico.
- Asesor estadístico.

2) Recursos Materiales:

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumas y lápiz.

- Borradores.
- Copias.
- Equipo de cómputo e impresión.

Factibilidad del Estudio.

Siendo este un estudio descriptivo tipo encuesta, observacional, transversal, prospectivo y con la población objeto de estudio cautiva en la preparatoria de la comunidad de la Entrada, además se cuenta con el apoyo por parte de las autoridades de la institución educativa, pues veo muy factible la realización y culminación del estudio propuesto.

VIII.- RESULTADOS

A. Descripción

De un total de 144 estudiantes de la preparatoria de la Entrada, Guasave, Sinaloa, adolescentes de 15 a 19 años de edad, con una media de edad 16.63 (D.E 0.82), los cuales son 70 mujeres (49%) y 74 hombres (51%).

En relación al grado, primer grado mujeres 21(14.7%), segundo grado 28 (19.6%), tercer grado 21(14.7%), hombres primero 17 (12.58%), segundo 32 (23.7%), tercero (18.5%).

Se acudió a la preparatoria de la Entrada y se aplicó un cuestionario de conductas de riesgo, donde se preguntó si han propiciado violencia familiar, si consumen alcohol, violencia en el noviazgo, o si han realizado en alguna ocasión alguna conducta delictiva.

Se aplicaron dos instrumentos de valoración familiar como son el APGAR Y FACES III.

Se encontró que el consumo de alcohol se presenta en adolescentes masculinos 15 años 0 (0%), 16 años 6(4.4%), de 17 años 15(11.1%), 18 años 4(2.9%), femenina de 15 años 1(0.7%), 16 años 7(4.2%), mujeres de 17 años (6.03%), mujeres de 18 años 3 (2.1%), mujer 19 0(0%).

Se encontró el consumo tabaco en hombres de 15 años (0%), hombres de 16 7 (1.12%), hombres de 17 7(5.18%), hombres de 18 2 (1.48%), hombre 19 1(0.74%) mujeres 15 0 (0%), mujeres de 16 1 (0.7%), mujeres de 17 5(3.5%), mujeres de 18 5 (3.5%), mujer de 19 18(0.7%).

Se encontró consumo de alguna droga marihuana o cocaína, hombres de 15 años 0 (0%), hombres de 16 años 5(3.7 %), hombres de 17 5 (3.7%), hombre de 18 1(0.74%), mujeres de 15 años 0(0%), mujeres de 16 años 1 (0.7%), mujeres de 17 0 (0%), mujeres de 18 1(0.7%), mujeres de 19 0(0%).

De acuerdo a los resultados obtenidos del instrumento aplicado APGAR Familiar para valorar la funcionalidad de las familias de los adolescentes de la preparatoria de la Entrada, Guasave, Sinaloa, encontramos familias altamente funcionales 7 a 10 puntos

125(87%), familias moderadamente funcionales 4 a 6 puntos 17 (12%), y familias severamente disfuncionales 0 a 3 puntos 2(0.02).

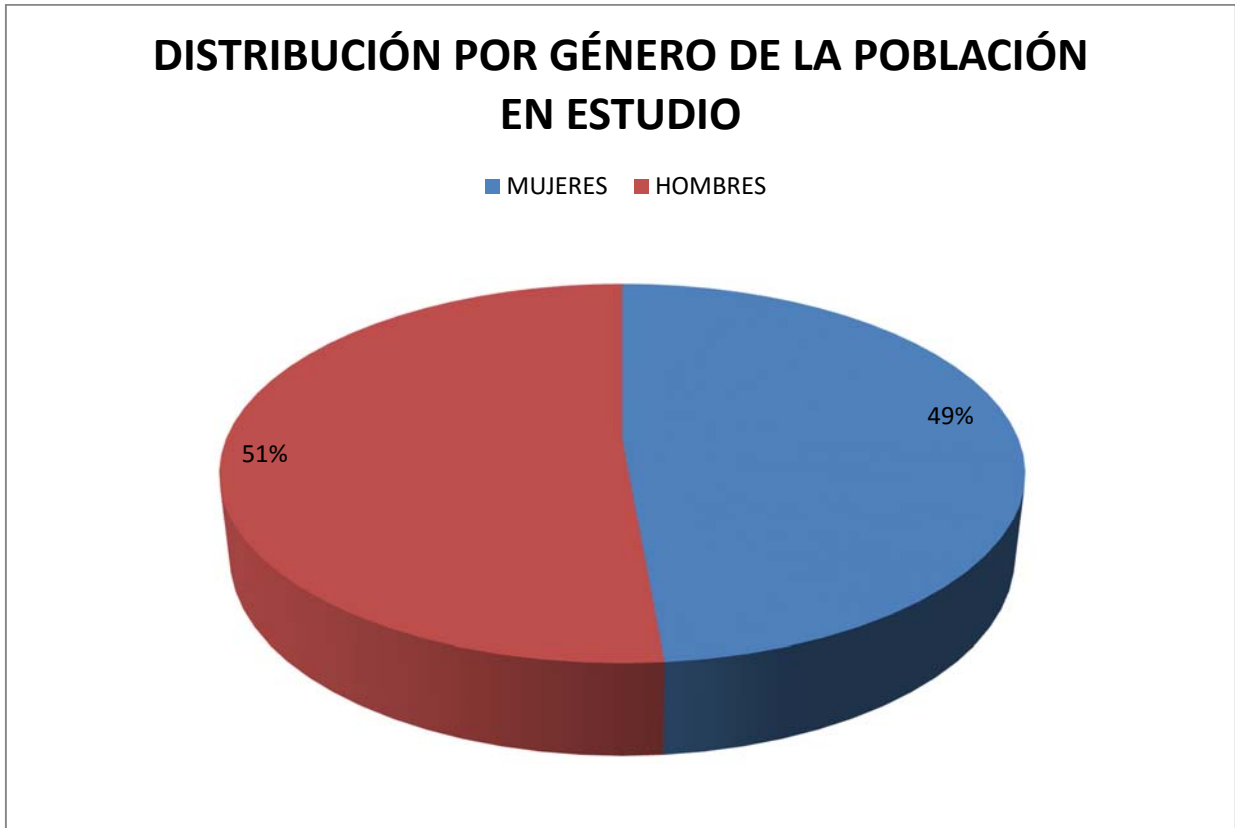
En base a los resultados de FACES III, se encontraron familias no relacionadas 10 a 34 puntos 25 (18 %), semirelacionada de 35 a 40 puntos 15 (11%), relacionada de 41 a 45 puntos, 83 (58%) aglutinada 45 a 50 puntos, 21 (15%).

Con respecto a la adaptabilidad rígida de 10 a 19 puntos 18 (13%), estructurada 20 a 24 puntos, 72(50%) flexible de 25 a 28 puntos 40 (28%) caótica de 29 a 50 puntos 14 (10%).

Con respecto a la tipología familiar, nuclear 126 (88%), reconstruida 2(1%) monoparental 10(7%) compuesta 6(4%).

B. Gráficas

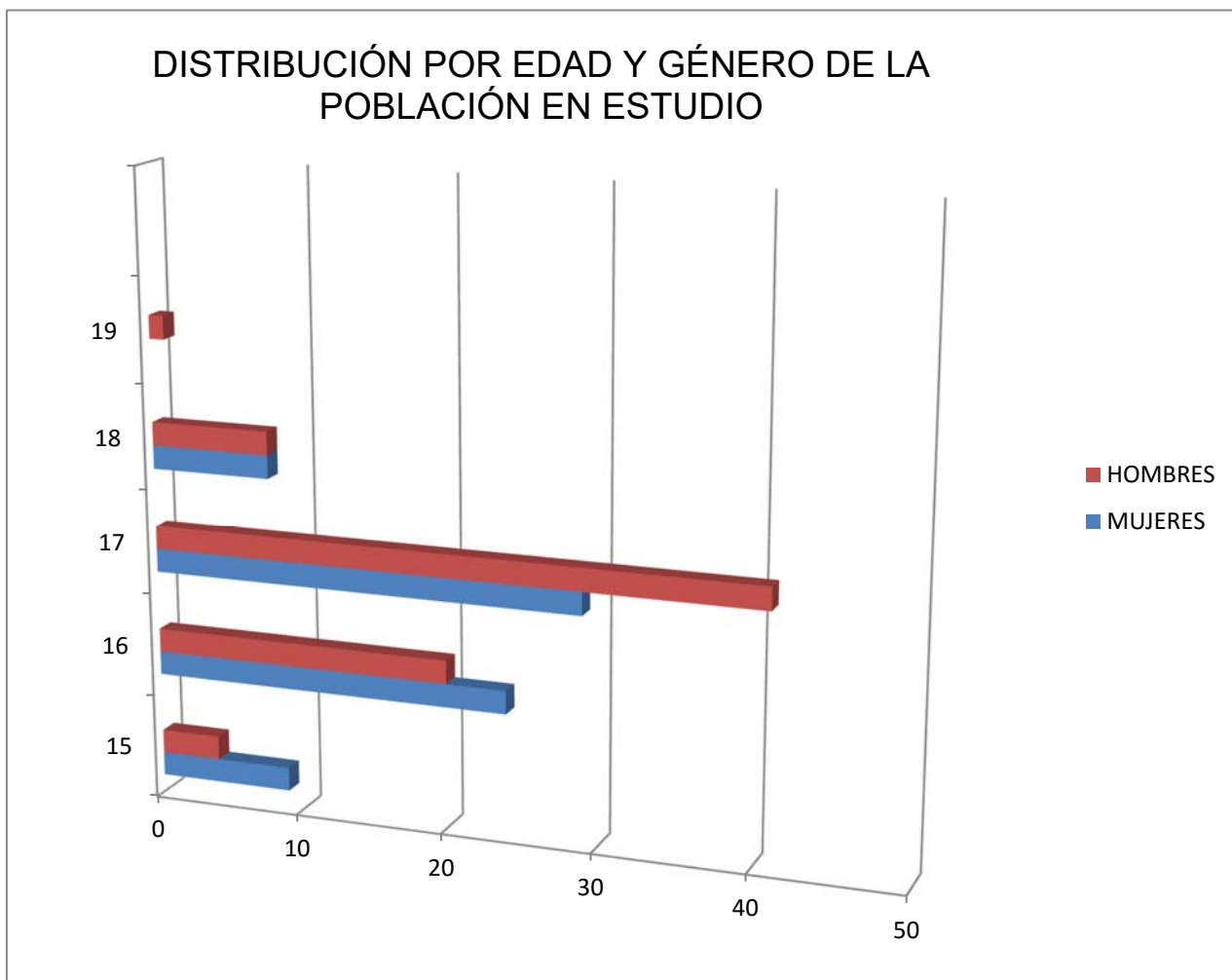
Gráfica No. 1. Distribución por género.



Se estudiaron 144 alumnos de la preparatoria de la Entrada, con conductas de riesgo para el consumo de drogas ilegales del sexo masculino 74 (51%) y 70 femenino 70 (49%).

Fuente: Hoja de recolección de datos Abril-Julio 2017

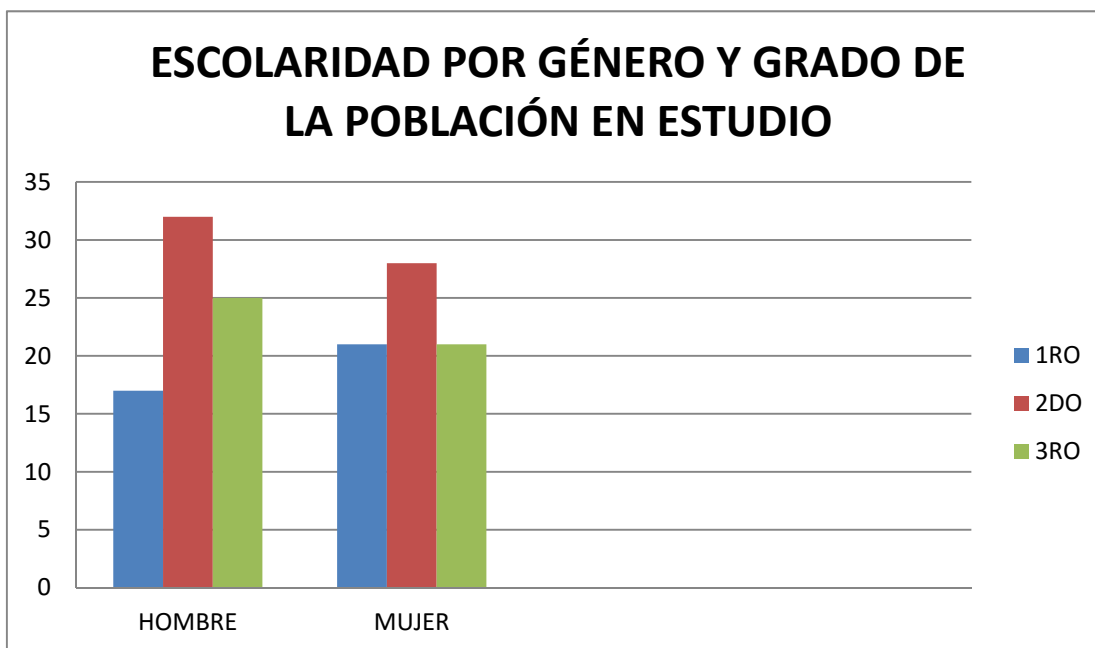
Gráfica No. 2. Distribución por edad.



Se encontró femenina de 15 años son 9 (6.3%), 16 años 24(16.8), de 17 años 29 (20.3%), 18 años 8 (5.6%), masculinos 15 años 4 (2.96%), de 16 años 20 (14.8%), 17 años 41 (30.34%), 18 años 8 (5.92%), 19 años 1 (.74%).

Fuente: Hoja de recolección de datos Abril-Julio 2017

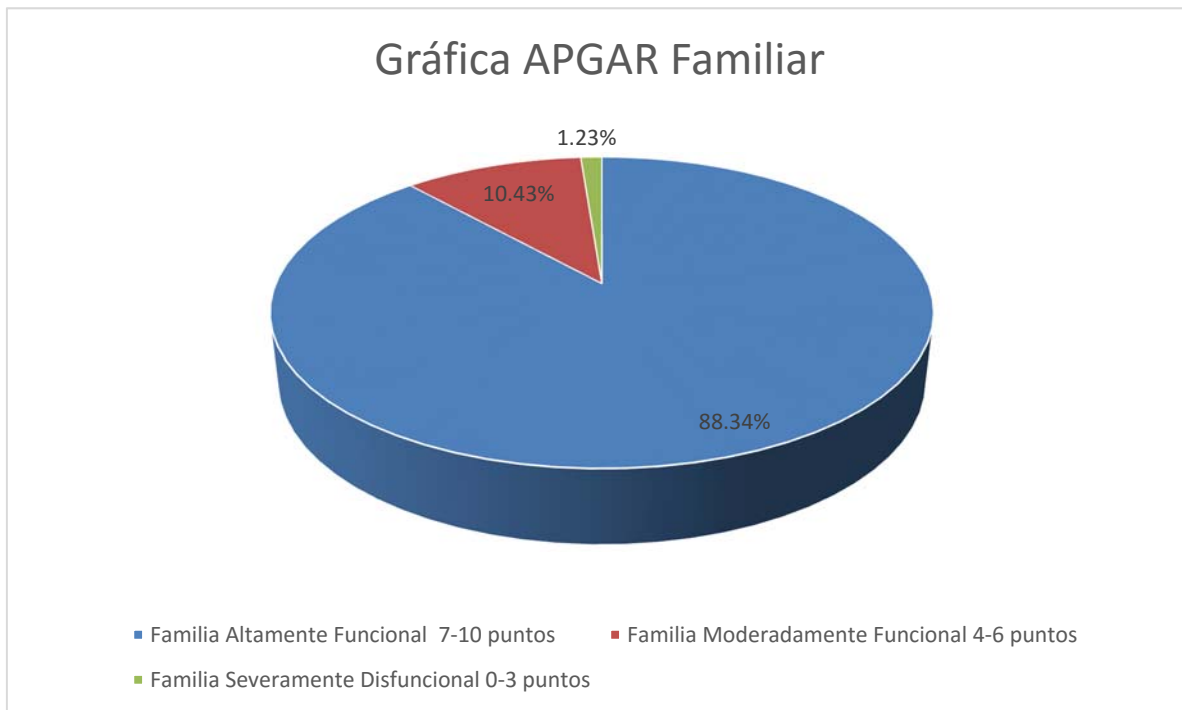
Gráfica No. 3. Distribución por grado académico.



Mujeres de primer año son 21 (14.7%), segundo 28 (19.6%), tercero 21 (14.91%), y hombres primero 17 (12.58%), segundo 32 (23.68%), tercero 25 (18.5%).

Fuente: Hoja de recolección de datos Abril-Julio 2017

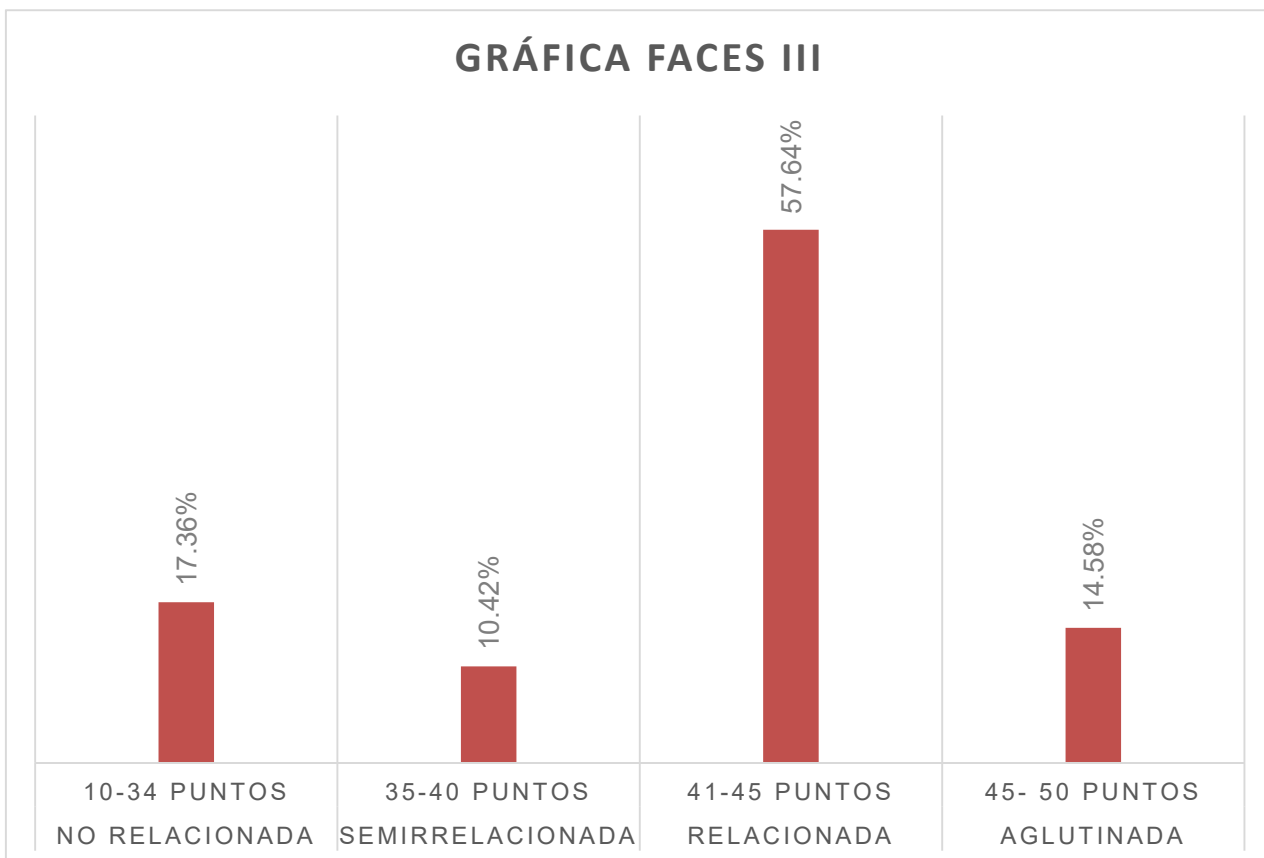
Gráfica No. 4. Porcentaje de Funcionalidad Familiar



Se aplicó el APGAR familiar encontrando familia altamente funcional 125 familias (88%), familia moderadamente funcional 17 (10,43%) y 2 severamente disfuncional (1.23%).

Fuente: Cuestionario APGAR Familiar actualización 2015

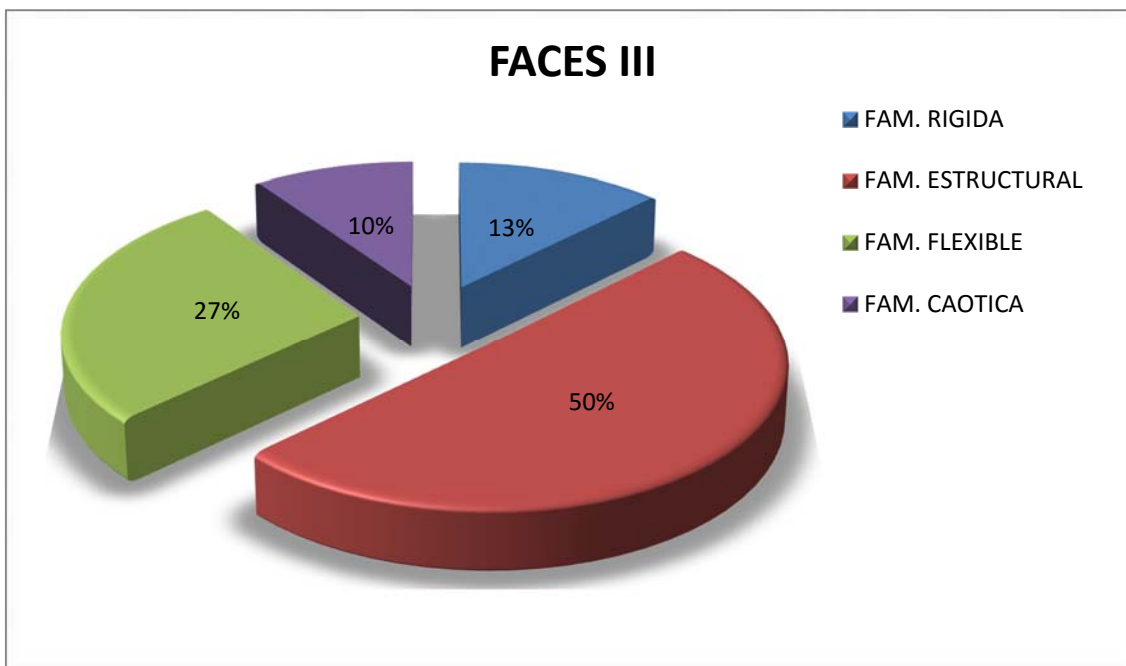
Gráfica No. 5. Porcentaje de Cohesión Familiar



Se aplicó el cuestionario FACES III, encontrando, 25 (18%) familias no relacionada, 15(11%) familias semirelacionadas, 83 (58%) familias relacionadas, 21(18%) familias aglutinadas.

Fuente: Cuestionario FACES III, 1985

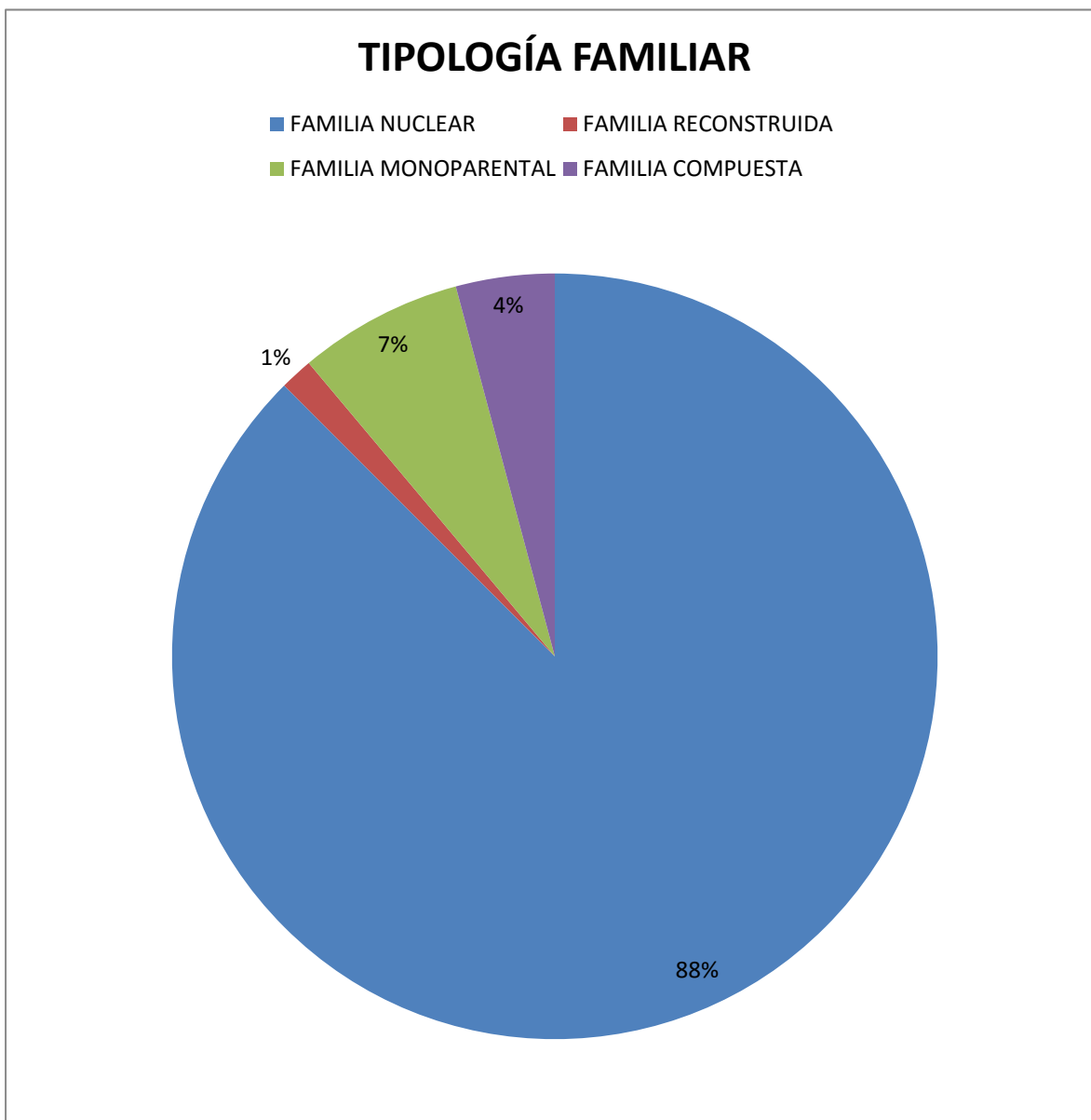
Gráfica No. 6. Porcentaje de Adaptabilidad Familiar de acuerdo al FACES III



Se encontró, 50% familias estructurales, 27% familias flexibles, 13% familias rígidas, 10% familias caóticas.

Fuente: Cuestionario FACES III, 1985

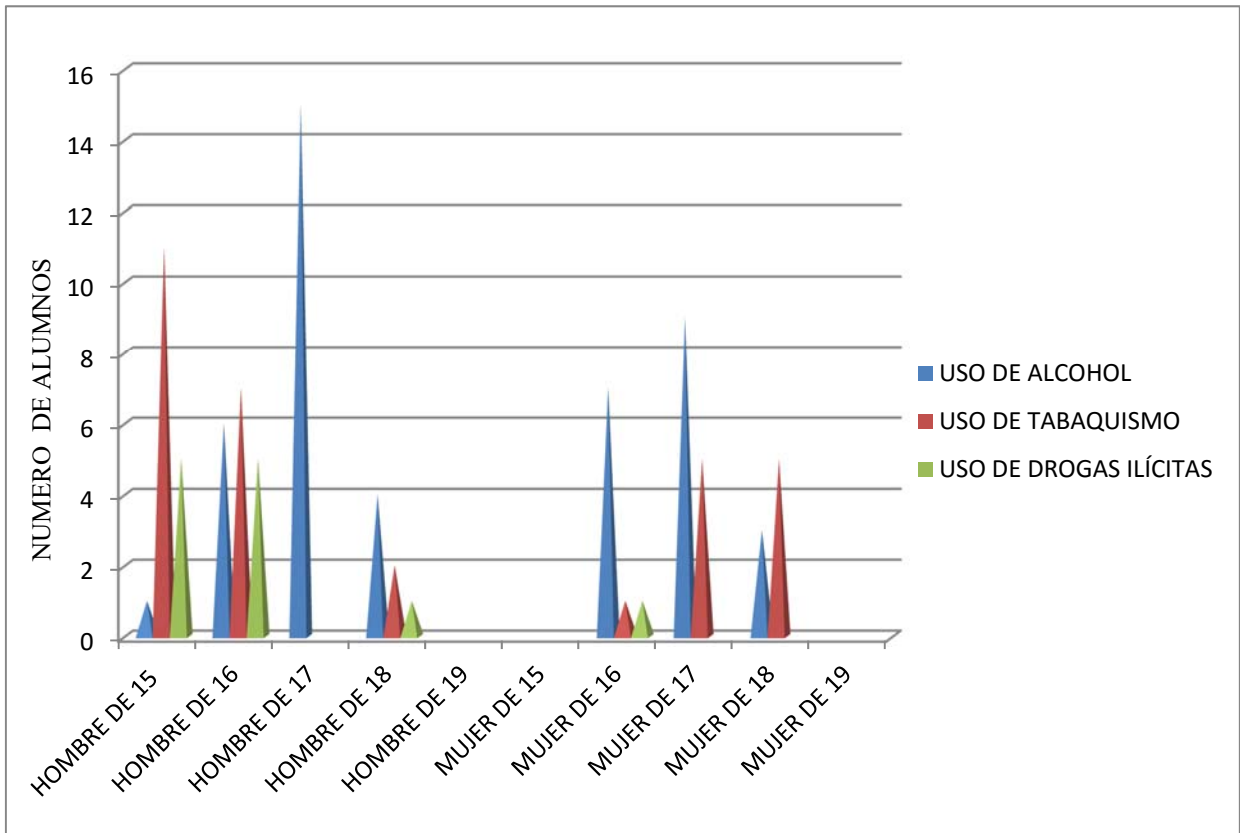
Gráfica No. 7. Porcentaje de Tipos de familiar



Se encontró que el 88% son familias nucleares, 7% son monoparentales, 4% son familias compuestas y 1% reconstruidas.

Fuente: Geyman, 1980

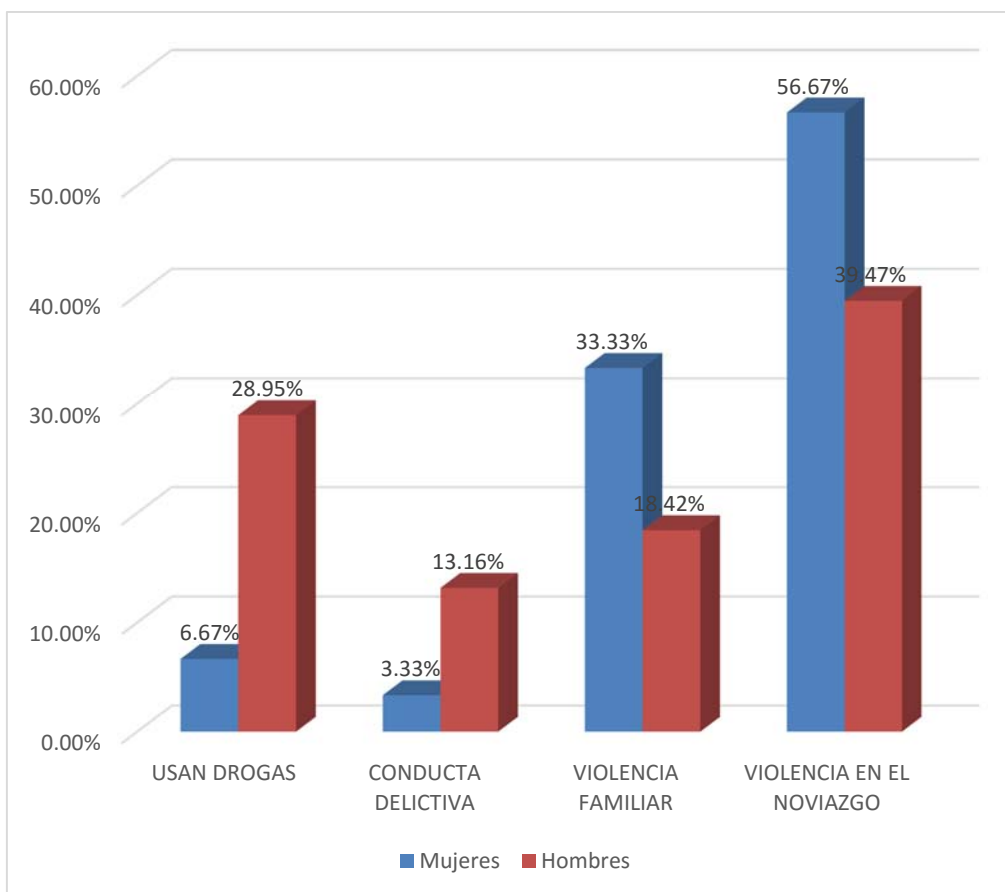
Gráfica No. 8. Distribución del consumo de drogas lícitas e ilícitas



Prevalencia en el consumo de drogas lícitas entre los 15 y 17 años de edad y prevalencia al consumo de drogas ilícitas entre los 15 y 16 años de edad.

Fuente: Hoja de recolección de datos Abril-Julio 2017

Gráfica No. 9. Porcentaje de conductas en adolescentes y uso de drogas



Se encontró prevalencia de violencia en el noviazgo y mayormente propiciada por el género femenino. La que menos prevalece es el uso de drogas por parte del sexo femenino.

Fuente: Hoja de recolección de datos Abril-Julio 2017

IX. DISCUSIÓN

El consumo de drogas en la actualidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y constituye un grave problema de salud pública. Debido que cada día los consumidores son de edades más pequeñas y que cada vez aparecen drogas más adictivas. También se ha encontrado que más jóvenes han dejado el núcleo familiar, las escuelas a edades menores presentando conductas disruptivas en la sociedad, así siendo presas fáciles de la delincuencia, y el mundo de la drogadicción.

Se realizó el presente estudio para determinar conductas de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes de 15 a 19 años, y su relación con la funcionalidad familiar, encontrando que de 144 adolescentes, el 42% de ellos consumen drogas lícitas como el alcohol y tabaco, y el 9% acepta el consumo de drogas ilícitas, siendo la mayoría de ellos provenientes de familias disfuncionales, estos resultados son muy parecidos a los obtenidos por Vázquez Fernández en Valladolid, España en 2014 quien encontró, que de un total de 2412 adolescentes, el 47% aceptó el consumo de drogas lícitas como el alcohol y el tabaco y un 12% el consumo de drogas ilícitas, encontrando en estos mismos adolescentes que provenían de familias disfuncionales.

X. CONCLUSIÓN

En base a resultados obtenidos en este estudio, se encontraron familias mayormente funcionales, sin embargo, se observó que los adolescentes que provienen de familias disfuncionales y presentan alguna conducta disruptiva o violencia familiar o el consumo de alguna droga lícita tienen mayor probabilidad de consumir drogas ilícitas.

Conocer estos factores es importante, ya que este tipo de adolescentes con alto riesgo de consumir drogas ilícitas, se pueden derivar al primer nivel de atención de salud, para de manera integral con el apoyo del médico familiar, psicología y trabajo social poder impactar en la disminución de la incidencia generada y evitar la adicción a las drogas en esta etapa de vida vulnerable.

Así mismo, se considera importante incrementar la promoción a la educación en salud familiar y en el nivel medio superior, considerando que los adolescentes son el grupo etario más vulnerable para caer en las adicciones a las drogas.

También se recomienda abrir más líneas de investigación sobre este tema, que permitan identificar más adolescentes con alto riesgo de caer en las adicciones.

XI. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Luna Fabritius A. Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. Rev Mex de ciencias políticas y sociales. 2015; 60(225):21-14.
- 2.- Valenzuela Mújica MT, Ibarra AM, Zubarew T, Loreto Correa M. Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: Rol de familia. Departamento de Salud de la mujer. Escuela de Enfermería. 2012; 4(2): 1-7.
- 3.- Hidalgo Vicario MI, Júdez Gutiérrez J. Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas, Pediatra integral. 2007; 9(10): 895-910.
- 4.- https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf.
- 5.- Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas riesgo relacionadas. Rev Pediatr. Atención primaria. 2014; 16(1): 34-125.
- 6.- Alfonso José P, Medina Huedo Tania B, Espada José P. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Anales de psicología. 2009; 25 (2): 330 -338.
- 7.- Villatoro J, et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. 2012; 35(6): 447-457.
- 8.-Huitron Bravo G, et al. Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos; un estudio comparativo. Universidad Autónoma del Estado de México. Universidad de Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2011; 15(70): 33-47.
- 9.- Páramo MA, Factores de riesgo y Factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de Grupos de discusión. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 2011; 29(1): 85-95.

- 10.- Cruz Hernández, Manuel, Drogadicción en el adolescente. Tratado de pediatría tomo I, editorial océano España 2007, p. 883-889.
- 11.- Encuesta nacional de adicciones 2012: reporte de droga edición 2012, D.R Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, secretaria de salud <http://www.inprf.gob.mx>.
- 12.-Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.29.html.
- 13.- Hidalgo Vicario MI, Júdez Gutiérrez J., Adolescencia de alto riesgo .consumo de droga y conducta delictivas, *Pediatría integral*, 2007; 11(10): 895-910.
- 14.- Saravia JC, Gutiérrez, Frech H. Factores asociados al inicio del consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2014; 18 (1): 1-7.
- 15.- Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. Instituto de adicciones Madrid Salud. *Pediatr Integ* 2013; 17(3): 205-216.

XII. ANEXOS

A. Instrumentos de recolección de datos

1). Cuestionario sobre conductas de riesgo

1.- ¿Cuántos años tienes? (escríbelo) _____

2.- ¿Eres hombre o mujer? (solo márcalo con x)

hombre () mujer ()

3.- ¿Qué grado cursas en tu escuela (preparatoria)?

primer grado () segundo grado () tercer grado ()

4.- ¿Has fumado o fumas cigarrillos de los que venden en la tienda?

No, nunca he fumado (), fumé pero ya no (), aún fumo todos los días (), solo cuando voy a fiestas (), cuando estoy con los amigos (), solo fumo con mi papá o con mi mamá o con algún hermano ().

5.- ¿Bebes alcohol? Si () no ()

6.- Si contestaste si, ¿con quién o dónde bebes alcohol?

Siempre hasta embriagarme (), solo en las fiestas (), solo con los amigos (), bebo con mis padres o con mis hermanos (), si bebo pero nunca me embriago ().

Puede contestar 2 (la primera y una de las siguientes o la última y una de las anteriores)

7. ¿Has usado drogas alguna vez en la vida?

Si () no ()

8.- Si contestó si, responde: ¿cuál de ellas? (escríbelo abajo).

9. ¿Cuál crees que es el motivo más común que lleva a una persona a consumir drogas?

Curiosidad (), problemas familiares (), invitación de amigos (), depresión (), para sentirse fuerte o grande ().

10.- ¿Alguna vez has golpeado a tu papá, mamá, hermano o hermana?

Si pero solo una vez (), si y varias veces (), jamás ().

11.- ¿Alguna vez has golpeado a la novia (o), amigo (a) o a otra persona?

Si pero solo una vez (), si y varias veces (), jamás ()

12.- ¿Alguna vez has robado algo importante como bicicleta, dinero, ropa, accesorios de mujer o de hombre o cualquier otro objeto con alto valor para ti?

Si (), no ()

2). FACES III versión familiar David H. Olson y APGAR familiar.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

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

3). APGAR Familiar



I. MUNICIPALIDAD DE SAN FELIPE
CESFAM. DR SEGISMUNDO ITURRA TAITO
SALUD FAMILIAR

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA 0	A VECES 1	SIEMPRE 2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos
Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos
Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

4). Método de Graffar para valoración del nivel socioeconómico

Dimensión	Indicador	Categoría de respuesta	puntuación
Economía	Ingreso Economía familiar	Menos 1 salario mínimo	3
		1-2 salario mínimo	2
		3-4 salario mínimo	1
		Más de 5 salarios mínimos	0
Economía	Número de hijos dependientes	Más de 3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		Ningún hijo	0
educación	Escolaridad materna	Sin instrucción	3
		primaria incompleta	2
		primaria completa	1
		post-primaria	0
Violencia	Número de personas por dormitorio	Más de 5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1 a 2 personas	0

0-3	Sin evidencia de pobreza familiar
4-6	Pobreza familiar baja
7-9	Pobreza familiar media
10-12	Pobreza familiar alta

B. Carta de Asentimiento

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Guasave, Sin. a 24 de marzo de 2017

CARTA DE ASENTIMIENTO DEL DIRECTOR

Dr. Ornelas Sánchez Jersain Yamir
Investigador Principal
PRESENTE

Por medio de la presente se informa que el protocolo titulado ***“Conductas de riesgo en el adolescente y su asociación al consumo de drogas ilegales en la preparatoria de la Entrada, Guasave, Sinaloa”***, puede ser llevado a cabo en esta unidad preparatoria y que es su responsabilidad verificar que el mismo se lleve a cabo en las condiciones que garanticen que la capacidad técnica, material, humana y financiera, así como las instalaciones, equipo y tecnología para llevar a cabo las pruebas, estudios, ensayos, verificaciones y demás actividades necesarias para llevar a cabo las actividades de investigación en seres humanos, se lleven a cabo de conformidad con los criterios establecidos en la normatividad vigente.


Angelica Maria Rabago E
ANGELICA MARIA RABAGO ESPINOZA

Director de la preparatoria UAS, La Entrada, Guasave, Sinaloa.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE SINALOA
U.A. PREP. GUASAVE DIURNA
EXT. LA ENTRADA
GUASAVE, SINALOA

I.M.S.S.

C. Consentimiento informado del Instituto Mexicano del Seguro Social.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>		
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>			
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>CONDUCTA DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS, ILEGALES EN LA PREPARATORIA DE LA ENTRADA, GUASAVE, SINALOA.</p>		
<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>	<p>No aplica</p>		
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>LA ENTRADA, GUASAVE, SINALOA, ABRIL A JULIO DE 2017</p>		
<p>Número de registro:</p>	<p>pendiente</p>		
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE CON FINES PREVENTIVOS Y DIAGNOSTICOS</p>		
<p>Procedimientos:</p>	<p>ENCUENTAS A LA POBLACION ADOLESCENTE DE LA PREPARATORIA DE ENTRE 15 A 19 AÑOS</p>		
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>Se considera sin riesgo solo MOLESTIAS AL LLENAR O REQUERIR EL CUESTIONARIO Y TEST A REALIZAR</p>		
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>CONOCER EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y TABUES EXSISTENTES EN ESTA POBLACION</p>		
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>SE DARA A CONOCER AL TERMINO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION</p>		
<p>Participación o retiro:</p>	<p>EN CASO DE NO QUERER PARTICIPAR O RETIRARSE DEL MISMO NO AFECTARA EN SU ATENCION MEDICA</p>		
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>ES CON FINES EDUCATIVOS EXCLUSIVAMENTE</p>		
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="264 1230 313 1329"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="459 1236 914 1329"> <p>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 estudio y estudios futuros.</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>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 estudio y estudios futuros.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>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 estudio y estudios futuros.</p>		
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p>			
<p>Beneficios al término del estudio:</p>	<p>Dependiendo del resultado se le canalizará a centro de integracion juvenil para su manejo.</p>		
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>			
<p>Investigador Responsable:</p>	<p>JERSAIN YAMIR ORNELAS SANCHEZ jerya78@gmail.com CELULAR 687-120-0655</p>		
<p>Colaboradores:</p>	<p>DR. JOSÉ FRANCISCO ESPINOZA RUBIO fco02espinoza@hotmail.com , Dra. Paula Flores Flores 5812305, Cel 6673090455, paula.flores@imss.gob.mx</p>		
<p>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 4º 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</p>			
<p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>		

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma