



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

**"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A
SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR."**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2017-3701-37

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

VEGA BLANCAS JUAN LUIS

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

MARIO FAUSTO GÓMEZ LAMONT



U. N. A. M. 31
D. I. E. S. S. 31

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2018



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.

"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR."

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

VEGA BLANCAS JUAN LUIS

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DR. JOSÉ LUIS MONTES CERVANTES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 31, "IZTAPALAPA". IMSS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 31, "IZTAPALAPA" IMSS



U. U F N. 31
DIRECCION

ASESORES DE TESIS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 31, "IZTAPALAPA" IMSS



MARIO FAUSTO GÓMEZ LAMONT
PROFESOR AYUDANTE DE MÉDICOS
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR."

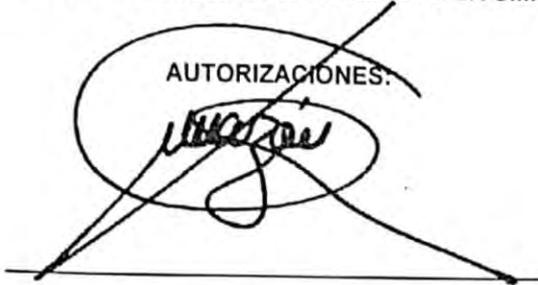
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

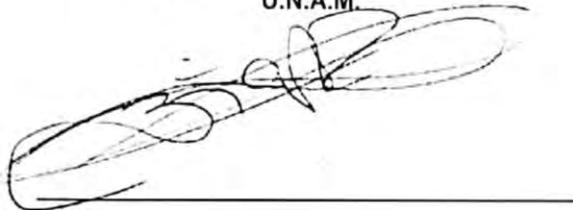
VEGA BLANCAS JUAN LUIS

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31

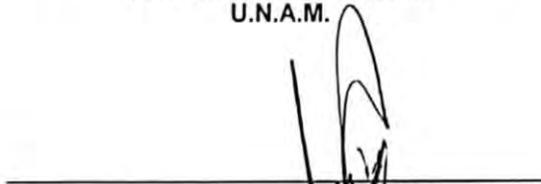
AUTORIZACIONES:



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



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



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



U. M. F. No. 31
DIRECCION

MÉXICO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701 con número de registro: 17 CI 09 014 096
COEPRIS
Calle 20ma Ave. | Col. F. S. S. 06

Fecha: 19/06/2017

DR. TERESA ALVARADO GUTIERREZ

PRESENTE

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

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

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 **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Num. de Registro

R-2017-3701-37

ATENTAMENTE

DR. (A) SÉRGIO LOZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Agradecimientos

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Unidad de Medicina Familiar No 31 Iztapalapa, por la oportunidad brindada para la realización de esta especialidad, a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios desde siempre.

Agradezco infinitamente a mi asesora de tesis Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez, por toda su entrega, dedicación y apoyo brindado para lograr esta meta. Gracias por creer en mí, por todos sus consejos y por impulsarme a ser mejor cada día, sin usted no hubiese sido posible. Sabe que es un honor para mí conocerla, ser su alumno, casi hijo y que mi admiración para usted es infinita. Deseo de todo corazón sigamos compartiendo momentos como este.

A la Dra. Leticia Ramírez Bautista gracias por su apoyo y todo el conocimiento transmitido para poder realizar este trabajo, mi admiración y respeto por ser una excelente persona y coordinadora de Educación.

Fausto Gómez Lamont, te considero un buen amigo, y te admiro por ser tan buena persona, excelente profesionalista, que ama lo que hace, eres un ejemplo a seguir. Gracias por ser mi asesor y por tu ayuda para poder realizar este trabajo.

Fabiola Soto Ramos, sé que sin ti no estaría donde estoy, eres pilar importante en este trabajo, llegue aquí por tus consejos y tu ejemplo. Sabes que te admiro por ser excelente persona, profesora y profesionalista. Y es un honor haber sido tu alumno durante mi preparación académica como residente. Te quiero mucho amiga.

También agradezco a todos mis profesores que estuvieron presentes en mi preparación académica como residente, aquellos que me brindaron parte de sus conocimientos y algún consejo de vida, porque es lo que siempre llevare conmigo.

Dedicatoria:

Dedico este trabajo a mis padres Erika y Juan, gracias por darme la vida, por darme todo lo que tuvieron a su alcance para que yo llegara hasta aquí. Gracias por todo su apoyo, por sus valores que me inculcaron, y sobre todo gracias por quererme como lo hacen.

A mis hermanos, Emmanuel, Jorge, y Juan Pablo, quienes son mi motor de vida y les pongo de ejemplo, que en esta vida todo se puede, solo es cuestión de desearlo.

A mi familia, Vega y Blancas, gracias por todo su apoyo, comprensión y cariño, sé que, sin ustedes, no hubiese llegado a donde estoy, siempre estaban cuando lo necesité, y si algo aprendí en esta especialidad es que la familia es lo más importante en esta vida y que no puedes vivir si no la tienes.

A Natziely, Rebeca, Mariel y Emma, gracias por su amistad, por todo su apoyo, durante esta etapa; Se han convertido en más que amigas, deseo siempre compartir momentos como este a su lado y que el éxito sea siempre de nosotros.

A todas aquellas personas que ya no están en mi vida, porque están lejos o están en el cielo, gracias por haber sido parte de mi vida y por haber compartido momentos a mi lado de mi preparación profesional.

Y por último a Dios, quien me ha permitido vivir y haber llegado hasta aquí. Gracias por todo lo que me has dado.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Vega
Apellido materno	Blancas
Nombre	Juan Luis
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	306302260
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
Apellido paterno	Gómez
Apellido materno	Lamont
Nombre	Mario Fausto
DATOS DE LA TESIS	
Título	“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
No. de páginas	66

Año	2018
-----	------

ÍNDICE

PÁGINA

1.-RESUMEN	11
2.-INTRODUCCIÓN	14
2.1. Marco Epidemiológico	14
2.2. Marco Conceptual	18
2.3. Marco Contextual	25
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
- 4.1. Pregunta de Investigación	28
	28
5. OBJETIVOS	
5.1. General	28
5.2. Específicos	29
6. HIPÓTESIS	29
7. MATERIAL Y MÉTODO	29
- 7.1. Periodo y sitio de estudio	29
-	
- 7.2. Universo de trabajo	29
-	
- 7.3. Unidad de análisis	30
-	
- 7.4. Diseño de estudio	30
-	
- 7.5. Criterios de selección	30
-	
- 7.5.1. Criterios de inclusión	30

-	
- 7.5.2. Criterios de exclusión	30
8. MUESTREO	30
- 8.1. Cálculo del tamaño de muestra	30
9. VARIABLES.	35
- 9.1. Operacionalización de variables	35
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	41
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	42
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
12.1. Conflicto de interés	44
13. RECURSOS	45
13.1. Humanos	45
13.2. Materiales	45
13.3. Económicos	45
13.4. Factibilidad	46
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	46
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	46
16. RESULTADOS	47
17. DISCUSIÓN	50
18. CONCLUSIONES	52
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	54
20. BIBLIOGRAFÍA	55
21. ANEXOS	61

21.1. Hoja de Consentimiento Informado	61
21.2. Hoja de Recolección de datos	64

1.- Resumen.

“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.”

*Juan Luis Vega Blancas. ** Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez. *** Lic. Mario Fausto
Gómez Lamont.

**Residente de Segundo Año de Medicina Familiar*

*** Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud. Profesor Titular de Residentes de Medicina Familiar UMF 31 IMSS.*

**** Profesor ayudante de la especialidad de Medicina Familiar UMF 31 IMSS*

Introducción: De acuerdo con cifras de 2012, se estimó un promedio de 183,000 muertes relacionadas con las drogas, en la población de 15-64 años. (UNODC 2014). La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, y uno de cada cuatro usuarios se encuentra en el continente americano. Las condiciones que provocan que los adolescentes en particular tiendan a presentar adicción a consumo de sustancias ilícitas, son las conductas de riesgo durante la transición a la adultez, aunado a problemas en el manejo de la familia.

Objetivos: Identificar los factores psicosociales que intervienen en la adicción a sustancias psicotrópicas en adolescentes de una unidad de Medicina Familiar

Material Y Método: Es un estudio de casos y controles que se realizó en un periodo de 6 meses, en la Unidad de Medicina Familiar No 31 en pacientes adolescentes en edades de 15 a 19 años, derechohabientes de la UMF31. Cubriendo con los siguientes

criterios de inclusión para los casos: Adolescentes con adicción a sustancias psicotrópicas. Y para los controles: Adolescentes sin adicciones.

Resultados: Se realizaron y se analizaron 66 entrevistas, 33 a pacientes adolescentes sin adicciones (controles) y 33 a pacientes adolescentes con adicciones (casos), donde se encontró que el alcohol y la marihuana son las sustancias más consumidas. Los factores de riesgo psicosociales encontrados fue la depresión y la disfunción familiar.

Conclusiones: El consumo de sustancias psicotrópicas es un problema de salud grave en la población adolescente. La depresión y la disfunción familiar son los factores de riesgo con mayor influencia para que se consuman sustancias psicotrópicas.

Palabras Clave: Adicción, Sustancias Psicotrópicas, Factores psicosociales, Adolescentes.

Abstract

"PSYCHOSOCIAL FACTORS INVOLVING THE ADDICTION TO PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN ADOLESCENTS OF A FAMILY MEDICINE UNIT"

*Juan Luis Vega Blancas. ** Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez. *** Lic. Mario Fausto
Gómez Lamont.

* Second Year Resident of Family Medicine

** Professor of Residency of Family Medicine UMF 31 IMSS.

*** Assistant Professor of the specialty of Family Medicine UMF 31 IMSS

Introduction: According to 2012 figures, isestimated an average of 183,000 drug-related deaths, in the population aged 15-64 years. (UNODC 2014). Marijuana is the most consumed drug in the world, and one in four users are in American. The conditions that cause that adolescents present addiction and consumption of illicit substances, are risk behaviors during the transition to adulthood, in addition, problems in the management of the family.

Objectives: To identify the psychosocial factors that intervene in the addiction to psychotropic substances in adolescents in the medicine family unit.

Material and methods: This are a case-control study carried out over a period of 6 months in the Family Medicine Unit No. 31 in adolescents of aged 15 years and 19 years, entitled to UMF31. It concludes with the following inclusion criteria for the cases: Adolescents with addiction to psychotropic substances, and for controls: Healthy teens.

Results: A total of 66 interviews were performed and analyzed, 33 adolescents with no addictions (controls) and 33 adolescents with addictions (cases), where alcohol and marijuana were the most commonly consumed substances. Psychosocial risk factors were depression and family dysfunction.

Conclusion: The consumption of psychotropic substances is a serious health problem in the adolescent population. Depression and family dysfunction are the risk factors with the greatest influence for the consumption of psychotropic substances.

Keywords: Addiction, Psychotropic Substances, Psychosocial Factors, Adolescents

2.- Introducción.

De acuerdo con cifras de 2012, se estimó un promedio de 183,000 muertes relacionadas con las drogas, en la población de 15-64 años. (UNODC 2014).¹

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, y uno de cada cuatro usuarios se encuentra en el continente americano. Las condiciones que provocan que los adolescentes en particular tiendan a presentar adicción a consumo de sustancias ilícitas, son las conductas de riesgo y problemas en el manejo de la familia.¹

Según el Sistema de Registro e Información en Drogas, que se realiza en la Ciudad de México, la sustancia psicotrópica que más se consume es la marihuana en un 61%; Adolescentes que la consumen se dice que inician antes de los 11 años, sin embargo, se considera de los 15 a 19 años el grupo de edad más afectado representando el 56.7%. En segundo lugar, la sustancia que más se consume en un 40.4% lo representa los inhalables, teniendo mayor prevalencia de los 12 a 14 años; La cocaína ocupa el tercer lugar de prevalencia y se presenta entre los 15 a 19 años en un 45%.¹

A pesar de existir análisis y amplios informes en la literatura sobre la evaluación de los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias, sus resultados al respecto son variables y en ocasiones pueden ser contradictorios. Por eso es importante buscar estos factores de riesgo, en la población adolescente, de manera que se comporten cambiantes dependiendo

de la población, aspectos sociales, cultura, creencias, estatus socioeconómico, nivel de estudio y su localización geográfica.¹

2.1. Marco epidemiológico.

Actualmente a nivel mundial se presenta como problema de salud pública, la adicción a sustancias psicotrópicas. En México es un fenómeno de salud, que afecta sin distinción de género con mayor incidencia en adolescentes, independientemente del estado socioeconómico, y sin respetar ninguna religión. Según la encuesta nacional del 2011, existen estudios epidemiológicos reportados, tanto nacionales como mundiales que demuestran, a este fenómeno como circunstancial, que día a día cambia y sigue presentándose con gran prevalencia en jóvenes y gracias a la tecnología, con muchas sustancias nuevas más dañinas.¹

En su reporte Mundial de Drogas del 2014, la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito refiere que el consumo de drogas en todo el mundo sigue causando un número significativo de pérdidas tanto de vidas humanas como de años de vida productiva. De acuerdo con cifras de 2012 la UNODC estimó, que entre 162 y 324 millones de personas habían usado una droga ilícita al menos una vez al año; principalmente cannabis, opiáceos, cocaína o estimulantes del grupo anfetamínico, lo que corresponde entre 3.5% y 7.0% de la población mundial de 15-64 años.²

En el mundo la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo, y en el continente americano se encuentra uno de cada cuatro usuarios. Con respecto a muchas otras drogas la marihuana se asocia con menor mortalidad, aunque presenta riesgos para la salud, en especial para adolescentes, puesto que sus cerebros aún están en desarrollo.³

Otra de las sustancias ilícitas es el consumo de cocaína, que este sigue en aumento en comparación a la heroína, ambas tienen una concentración mayor en Estados Unidos, Canadá y México, comparada con los estimulantes que predomina su consumo en Canadá y Estados Unidos.³

Actualmente en estudiantes de secundaria el consumo de alcohol es un problema en todo el mundo, y el consumo excesivo y compulsivo es de particular preocupación. Sabemos que su consumo es legal para los adultos, pero el uso de esta sustancia en menores corresponde a uso nocivo. Según estudios epidemiológicos realizados en el Caribe y América del Sur, en estudiantes de secundaria, la prevalencia de consumo es superior al 50%.³

Según el Sistema de Registro e Información en Drogas que se realiza en la Ciudad de México, la sustancia psicotrópica que más se consume es la marihuana, en un 61%. Adolescentes que consumen esta sustancia inician antes de los 11 años, considerándose de los 15 a 19 años el rango de edad más afectado, representando el 56.7%, su vía de administración principal es fumada en un 98.7%. La segunda sustancia psicotrópica más consumida en un 40.4%, lo representan los inhalables, y de los 12 a 14 años es el grupo más

afectado. Por último, la cocaína ocupa el tercer lugar de prevalencia de acuerdo con el consumo de sustancias psicotrópicas, se presenta entre los 15 a 19 años en un 45%.¹

Según el Sistema de Registro e Información en Drogas en los adolescentes, el consumo de marihuana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%). Comparando prevalencias de acuerdo al género las mujeres solamente consumen marihuana en un 0.6% y los hombres, son quienes consumen en mayor porcentaje, la marihuana (2%), seguido de los inhalables (0.6%) y finalmente la cocaína (0.4%).¹

Analizando las estadísticas previas se explicaría que la prevalencia del consumo en mujeres de sustancias psicotrópicas es menor ya que estas han estado expuestas en 70% a un programa de prevención, esto principalmente en la escuela, y los hombres solamente en un 64.1%. Se dice que los adolescentes que han recibido prevención tienen menor consumo de drogas. Diversos estudios demuestran que el no haber recibido prevención y el hecho de tener una mayor exposición a drogas, incrementan la probabilidad de consumirlas, en ambos géneros. Sin embargo, haber estado expuesto a drogas, no estudiar, una baja percepción de riesgo sobre el consumo de drogas, o una alta tolerancia ante el consumo de drogas de su mejor amigo, son factores que predicen el consumo, principalmente en los hombres.¹

De acuerdo con un estudio realizado en Colombia en un número importante de estudiantes 692 (50,9 %) mostraron síntomas depresivos de importancia clínica según el Índice de Bienestar General (WHO-5), el 47,5 % mostraron disfuncionalidad familiar según la escala APGAR, de ambos factores estos representan la mayor prevalencia con un 49,2 %.¹³

2.2 Marco conceptual.

Según la APTA SALUD 2016 una droga se considera toda sustancia que, al ingresar al organismo, produce cambios tanto físicos como psicológicos, alterando la percepción, emociones, el juicio y el comportamiento. El uso no indicado por un médico provoca riesgos. Su consumo constante puede llevar como tal al abuso amenazando la salud física y mental de un individuo, y provocar al final una dependencia y adicción a determina sustancia que se consume.⁴

Socio-legalmente el uso de las drogas se divide en tres categorías. En primera instancia, muchas se usan como medicación. En segundo lugar, están las de consumo legal o lícito, en el caso de estas el consumidor las puede usar con cualquier fin, y por último están las de uso ilegal o ilícito. Los ejemplos donde la mayoría de los países consideran como ilegal el comercio y uso no médico son los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes.⁵

El cannabis (Cannabis sativa L.) es una planta que crece anualmente originaria de las cordilleras de Himalaya, que se utiliza desde hace muchos años, por sus propiedades médicas. Su principal compuesto químico del cannabis es el Delta-9-tetrahidrocannabinol y este como tal es el principal agente terapéutico.⁶ Los efectos físicos y psicológicos de los cannabinoides están relacionados con la dosis: mientras mayores sean, mayor es el efecto. De acuerdo a los efectos esperados por los consumidores de marihuana, los más deseados son relajación y potenciación del humor; sin embargo, también produce taquicardia e hipotensión postural a nivel cardiovascular.⁶ Produce broncodilatación y alteraciones histopatológicas a nivel pulmonar, Los cannabinoides, actúan a nivel del eje hipotálamo- hipófiso-adrenal, alterando el sistema inmunológico y las hormonas sexuales, también tienen una relación con alteraciones frontales en el procesamiento de la información. En el cerebro existen en altas concentraciones los receptores cannabinoides estos están en áreas que afectan el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, la percepción sensorial y del tiempo, el apetito, el dolor y la coordinación motora.⁷

La cocaína deriva del nombre científico de la planta *Erythroxylon coca*: su aspecto es el de un polvo blanco, fino y cristalino. Si se consume diario puede provocar alteraciones del sueño y pérdida del apetito, debido a que es un estimulante poderoso. Las vías de administración incluyen la oral, nasal, inhalación, pasta base y el *crack*. Su consumo también puede hacer que una

persona pueda experimentar la sensación de locuacidad y de rapidez de pensamiento, que con el paso del tiempo se torna en irritabilidad y agresividad. Su efecto dura entre 30 minutos, máximo 90, y posteriormente el usuario puede experimentar sensación de pérdida de autoconfianza, miedo y ansiedad, que lo hará exigir una nueva dosis.⁸

La heroína es una droga semisintética, esta se deriva de la morfina tiene su origen de la adormidera, de la cual se extrae el opio. La diacetilmorfina (3,6 - diacetil) es el componente activo responsable de los efectos de esta droga. Gracias a su efecto narcótico pronunciado la mayoría de los individuos adictos la consumen, también se caracterizan por producir dependencia psicológica y física intensa, de manera acelerada, por lo tanto, actualmente es considerada la droga más adictiva.⁹

Los inhalables son aquellas sustancias que propiamente solo se inhalan, los principales son, los nitritos, gases, disolventes y aerosoles. Productos que se encuentran en el hogar o en el lugar de trabajo, como pegamentos, pinturas en aerosol, líquidos de limpieza, y marcadores, cuando se inhalan tienen propiedades psicoactivas debido a las sustancias volátiles que contienen. Entre los efectos que los inhalantes tienen es que, deprimen el sistema nervioso central, incluyendo mareo, euforia, dificultad para hablar y falta de coordinación; También se pueden experimentar alucinaciones, aturdimiento, y delirios ¹⁰

Anfetaminas, agente adrenérgico sintético, potente estimulante del sistema nervioso central. Los derivados anfetaminicos que más se conoce es el éxtasis, (3,4-metilendioxi metanfetamina o MDMA) o el MDEA O EVA, (3,4-metilendioxi etil anfetamina y el speed (clorhidrato de metanfetamina), más rápidos que el éxtasis, el MDA o Píldora del amor, que combina efectos de anfetamina y mezcalina, y la deniciclina; o polvo de ángel, que disminuye la capacidad de concentración y altera el estado de ánimo.¹¹

El **alcohol**, es una sustancia psicoactiva con propiedades que pueden ocasionar dependencia. De acuerdo con los gramos de alcohol consumido, o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas alcohólicas es como una persona puede desarrollar o no, adicción o dependencia como tal. Como definición de alcoholismo se entiende como el consumo crónico periódico, caracterizado por un difícil control sobre el consumo de la bebida, y episodios frecuentes. Actualmente el consumo de bebidas alcohólicas representa un problema de salud mundial. En México contribuye en un 4.8% el consumo de alcohol, en la pérdida de años de vida saludables, de intoxicación y obsesión por el alcohol ingerido, a pesar de conocer sus consecuencias adversas.¹²

Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas, se ha incrementado de manera rápida, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales

como ilegales. Las interacciones de diversos factores biopsicosociales explicarían el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes ya que favorecen la consolidación de un patrón de abuso o dependencia. El hecho de que exista consumo de sustancias en adolescentes detona complicaciones a corto y largo plazo, algunas de estas pueden ser irreversibles como el suicidio, el fracaso académico y la irresponsabilidad, poniendo al adolescente en riesgo de padecer accidentes, violencia, y relaciones sexuales no planificadas e inseguras.¹³

Los factores psicosociales se consideran como eventos y/o condiciones, que pueden ser de tipo protector o de riesgo para incidir o favorecer la prevalencia de un problema. Todos los factores psicosociales, tienen una relación con fenómenos o comportamientos y estos pueden llegar a ser de un origen de orden causal, precipitante, predisponente o simplemente concurrente de los mismos, de acuerdo con su presencia o ausencia en circunstancias concretas.¹⁴

Se habla de las condiciones o causas que provocan que los adolescentes en particular tiendan a presentar adicción al consumo de sustancias psicotrópicas. Pero primero definamos que la adolescencia, es un periodo de cambios tanto físicos como psicosociales (esto la hace que sea una etapa de riesgo), hasta que se adquieran y desarrollen, competencias cognitivas, afectiva y sociales, para llegar a la etapa de adultez de manera exitosa.¹⁵

La familia puede intervenir de muchas maneras en la prevención o propiciar el consumo de sustancias psicotrópicas, está puede ser un factor de riesgo si no se incluyen a los adolescentes a los problemas en el manejo de la familia, o si existe falta de relaciones estrechas y de cariño, conflictos maritales, aprobación del uso del alcohol o de las drogas, abuso de alcohol o de drogas por parte de los padres. Sin en cambio si se hiciera lo contrario puede ser un factor protector a la hora de que exista una relación muy fuerte con el adolescente, si los padres pasan el tiempo positivamente con los hijos, o usan un estilo de tratar a los hijos de forma cálida y baja en la crítica y regaños, si la familia es protectora y cariñosa, fomentan expectativas claras, se fomenta a tener relaciones de apoyo con los adultos afectivos, y por último si se comparten las responsabilidades de la familia.¹⁵

Por otro lado, también se habla de otros factores psicosociales que intervienen para el consumo de sustancias, la presencia de alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, ya que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modifican de manera fácil sentimientos asociados al malestar emocional, logran reducir trastornos emocionales, y mitigan la tensión y el estrés.¹⁶

La evaluación de los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias presenta resultados variables y en ocasiones contradictorios, ya que, en la población adolescente, estos se comportan cambiantes dependiendo

de aspectos sociales, su cultura, creencias, estatus socioeconómico, nivel de estudio y su localización geográfica.¹⁶

En este estudio, para poder evaluar los factores psicosociales en los adolescentes se usará el test de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997). El POSIT (Problema Oriented Screening Instrument for Teenagers) fue elaborado en 1991 por el National Institute on Drug Abuse, para detectar oportunamente problemas específicos de los jóvenes que usan/abusan drogas.²²

En su versión original, el POSIT fue un instrumento de 139 reactivos que evalúan 10 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delinuencia. Derivado de la validación que en México realizó el INP en 1998 concluyó que “de los 139 reactivos originales, 81 de ellos (58.3%) que integran 7 áreas del POSIT, funcionan de manera satisfactoria para detectar a los adolescentes mexicanos con problemas por el uso de drogas”. El cuestionario POSIT no detecta adicción sino los casos de jóvenes que presentan problemas en diversas áreas y que podrían favorecer el desarrollo de una adicción.²² Dicho esto, se tomó solo el Test de POSIT breve ya que este, está enfocado a la detección de problemas relacionados con el uso de drogas en adolescentes, tema de dicho protocolo, y además de que no se

requiere el POSIT completo para tener una sumatoria total de los puntos y poder calificar el test, con cualquier pregunta que sea afirmativa se considera que el adolescente tiene problemas con el uso de drogas o alcohol. Las demás variables se evaluaron con otros instrumentos validados para, disfunción familiar con Test APGAR, ansiedad y depresión, con Test de Hamilton y para evaluar el consumo de marihuana, cocaína, alcohol y anfetaminas se usó el apartado de cuestionario de historia de drogas psicoactivas, del cuestionario de Entrevista Inicial de Campos, Martínez y Ayala, 2001.

2.3 Marco contextual.

La población con la que se trabajó es de la delegación Iztapalapa, donde dicha delegación para el 2010 en el reporte del Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social, tenía un total de población de 1,815,786 personas, lo cual representó el 20.5% de la población en la entidad federativa. Cabe mencionar que entre los indicadores importantes, están el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más; en la delegación era de 9.6, frente al grado promedio de escolaridad de 10.5 en la entidad federativa. Del total de su población 727,128 individuos (37.4%) se encontraban en pobreza; de estos 664,110 (34.1%) presentaban pobreza moderada y 63,017 (3.2%) pobreza extrema. Ese mismo año, el porcentaje de población sin acceso a servicios de salud fue de 41.3%, equivalente a 804,277 personas. Y por último la carencia por acceso a la seguridad social afectó a 58.6% de la población, es decir 1, 140,410 personas se encontraban bajo esta condición.²⁰

El acceso a la salud pública es importante y primordial con el fin de disminuir la vulnerabilidad, ejercer un impacto sobre la calidad de vida de los individuos y sus familias, ya que la salud pública analiza el problema de las drogas a nivel mundial, de manera conjunta, apoyándose de disciplinas, las cuales incluyen las ciencias biomédicas básicas, sociales, económicas, ambientales, y políticas.³

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), junto con las investigaciones y encuestas del Sistema de Reporte de Información sobre Drogas (SRID), la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SSA, responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se realizan trabajos importantes sobre el tema de adicciones, publicados en revistas científicas y libros especializados.²⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace años ha puesto en marcha programas preventivos sobre adicciones, dirigidos a sus derechohabientes, y distribuyen materiales y guías para los responsables de servicios de salud capacitándolos sobre el tema de adicciones. ²⁰

Con el propósito de brindar información sobre los diversos recursos en materia de prevención, tratamiento y capacitación en el país, en 1999 ya se contaba con una Red nacional, vinculado con más de 300 instituciones, entre las que destaca CIJ, Drogadictos Anónimos y otros centros privados, con lo que se ha integrado una base de datos con información sobre más de 17 mil centros de atención a las adicciones. ²⁰

La familia y la población en general siguen ignorando con frecuencia la problemática de las adicciones que estas generan. De ahí la importancia de que el médico familiar y el resto del equipo de salud sean capaces de detectar, hacer una adecuada evaluación de la severidad del caso, y de intervenir, refiriendo a los adolescentes a los servicios especializados en adicciones. 20

3.- Justificación

La adicción a sustancias es un fenómeno global, el consumo y su dependencia suponen una importante carga para los individuos y las sociedades en todo el mundo, es difícil encontrar un país en el que no se observe algún tipo de consumo, a pesar de que las características de este varíen en cada territorio. Los factores de riesgo y de protección en el uso e inicio de consumo de drogas están, en mayor o menor medida, relacionados con los comportamientos familiares, así como de los grupos de amigos, parientes y, en resumen, al contexto social y psicológico en el que se desarrollan los sujetos. Los factores de riesgo se entienden como aquellos factores que contribuyen en aumentar la probabilidad de aparición del consumo de sustancias psicotrópicas, ya sean de naturaleza física, química, biológica, psicológica, social, económica o cultural. Se pretende hacer un análisis de los factores de riesgo para buscar una explicación del abuso de ciertas sustancias y además de detectar en adolescentes si tuviesen algún factor de riesgo, que pueda condicionar el consumo de dichas sustancias y puedan ser atendidos oportunamente.

4.- Planteamiento del problema

En la sociedad actual se ha incrementado el consumo de sustancias y la adicción a estas ha comenzado a ser un grave problema sanitario; Esto es entendido como un problema social complejo, en cuanto a la magnitud de personas que se ven afectadas por el mismo, destacando el creciente consumo de alcohol en jóvenes y los efectos perniciosos del uso de sustancias psicoactivas, que comprometen la salud y el desarrollo de un porcentaje significativo de, adolescentes y adultos. Se encuentran diferentes aspectos psicosociales que pueden explicar el por qué de que los adolescentes consuman drogas. Por lo anterior, nos hicimos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicosociales, que intervienen en la adicción a sustancias psicotrópicas, en adolescentes de una unidad de Medicina Familiar?

5.- Objetivos

5.1.- Objetivo General.

- Identificar los factores psicosociales, que intervienen en la adicción a sustancias psicotrópicas, en adolescentes de una unidad de Medicina Familiar.

5.2 Objetivos Específicos.

- Conocer cuál es la adicción más común en adolescentes con adicción a sustancias psicotrópicas.
- Conocer cuál es el principal factor psicosocial para la adicción a sustancias psicotrópicas en adolescentes.

6.- Hipótesis

Los factores psicosociales que mas predisponen a la adicción a sustancias psicotrópicas en los adolescentes son la depresión y la disfunción familiar en un 49%.

7.- Material y Método

7.1 Periodo y sitio de estudio.

Este estudio se realizó en un periodo de 6 meses, en la Unidad de Medicina Familiar No 31.

7.2 Universo de trabajo.

Pacientes derechohabientes adscritos a la UMF31, que comprende una población total hasta el 2016, 265,876 que habitan en la delegación Iztapalapa.

7.3 Unidad de análisis.

Se estudió a los pacientes adolescentes en edades de 15-19 años, que acudieron a la UMF 31.

7.4 Diseño de estudio.

Casos y controles.

7.5 Criterios de selección

7.5.1 Criterios de inclusión.

- Adolescentes con adicción a sustancias psicotrópicas, sin distinción de sexo en edades de 15 a 19 años, que acudieran a la UMF 31, que aceptaran y firmaran la carta de consentimiento informado.
- Adolescentes que no consumieran sustancias psicotrópicas, de ambos sexos, en edades de 15 a 19 años, que acudieran a la UMF 31, que aceptaran y firmaran carta de consentimiento informado ellos y sus tutores en caso de menores de edad.

8. Muestreo

Tipo de muestra: No aleatoria por casos consecutivos.

8.1 Cálculo del tamaño de la muestra

Se realizó un estudio tipo casos y controles, obteniendo una muestra por casos consecutivos, se decidió utilizar la siguiente fórmula para casos y controles ya que se comparó si las proporciones de las muestras son diferentes. Se conocía la prevalencia de los casos, y se estimó en mayor porcentaje la de los controles. Para el cálculo del tamaño muestra se precisó conocer:³²

1. Magnitud de la diferencia detectada que tenga interés clínicamente relevante. Se puede comparar dos proporciones o dos medias.
2. Tener una idea aproximada de los parámetros de la variable que se estudió (bibliografía, estudios previos), esta equivale a 49.2%.
3. Seguridad del estudio (riesgo de cometer un error α)
4. Poder estadístico (1 - β) (riesgo de cometer un error β)
5. La hipótesis es bilateral.
 - Bilateral: Cualquiera de los dos parámetros a comparar (medias o proporciones) puede ser mayor o menor que el otro. No se estableció dirección.

La hipótesis bilateral es una hipótesis más conservadora y disminuye el riesgo de cometer un error de tipo I (rechazar la H_0 cuando en realidad es verdadera).

FORMULA:

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)}$$

Donde:

- n = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- Z_{α} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- Z_{β} = Valor Z correspondiente al riesgo deseado

- p_1 = Valor de la proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual. (Prevalencia aproximada de 80% de presencia de depresión, y la disfunción familiar en adolescentes sanos que predisponen a la adicción a sustancias psicotrópicas).
- p_2 = Valor de la proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica. (prevalencia de 49% de presencia de depresión, y la disfunción familiar en adolescentes adictos, como factor de riesgo que predispuso la adicción a sustancias psicotrópicas).
- p = Media de las dos proporciones p_1 y p_2

Datos

- n = muestra
- $Z_a = 1.960$
- $Z_b = 1.645$
- $p_1 = 0.49$
- $p_2 = 0.8$
- p = Media de las dos proporciones p_1 y p_2

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$p = \frac{0.8 + 0.49}{2} = 0.645$$

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{[Z_\alpha * \sqrt{2p(1-p)} + Z_\beta * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)}$$

$$n = \frac{1.960 \cdot \sqrt{2(0.645)(1-0.645)} + 1.645 \cdot \sqrt{(0.49)(1-0.49) + 0.8(1-0.8)^2}}{(0.49 - 0.8)^2}$$

$$n = \left[\frac{1.960 \cdot \sqrt{(1.29)(0.355)} + 1.645 \cdot \sqrt{(0.49)(0.51) + 0.8(0.2)^2}}{(-0.31)^2} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.960 \cdot \sqrt{(0.45795)} + 1.645 \cdot \sqrt{(0.2499) + (0.16)^2}}{0.0961} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.960(0.6767200307) + 1.645 \cdot \sqrt{0.4099}}{0.0961} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.3263712602 + 1.645(0.6402343321)^2}{0.0961} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{1.3263712602 + 1.0531854763^2}{0.0961} \right]^2$$

[]

$$n = \frac{2.3795567365^2}{0.0961}$$

$$n = \frac{5.6622902622}{0.0961}$$

$$n = 58.9208143832 = 59$$

En todos los estudios es preciso estimar las posibles pérdidas de pacientes por razones diversas (pérdida de información, abandono, no respuesta) por lo que se debe incrementar el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas.

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas se puede calcular:

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1 / 1-R)$

- n = número de sujetos sin pérdidas = 59
- R = proporción esperada de pérdidas = 10%

Muestra ajustada a las perdidas= $59 (1 / 1 - 0.1)$

$$= 59 (1 / 0.9)$$

$$= 59 (1.1111111111)$$

$$= 65.5555555556$$

Muestra ajustada a las perdidas = 66

No de Casos: 33

No de Controles: 33

9. Variables

Variables socio demográficas:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado Civil

Variable dependiente:

Sustancias psicotrópicas:

Cannabis

Cocaína

Inhalables

Anfetamina

Alcohol

Variables independientes:

Factores psicosociales

Depresión

Disfunción familiar

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Nombre de la variable: SEXO.

Definición conceptual:

Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.²¹

Definición operacional: Características fenotípicas.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1. Femenino/ 2. Masculino.

Nombre de la variable: EDAD.

Definición conceptual:

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.²¹

Definición operacional: La edad cumplida en años referida en el interrogatorio.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Discontinua o discreta.

Indicador: años cumplidos.

Nombre de la variable: ESTADO CIVIL

Definición conceptual. Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia.²³

Definición operacional: Interrogatorio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Soltero (a), 2. Casado(a), 3. Divorciado(a), 4. Viudo(a), 5. Unión libre

Nombre de la variable: ESCOLARIDAD

Definición conceptual: Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo.²⁴

Definición operacional: Escolaridad máxima alcanza.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura

Nombre de la variable: SUSTANCIA PSICOTROPICA.

Definición conceptual. - Una sustancia psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. ²⁵

Definición operacional. - Interrogatorio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1. Marihuana, 2. Cocaína, 3. Anfetamina, 4. Inhalables. 5. Alcohol.

Nombre de la variable: CANNABIS

Definición conceptual. Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana, Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana. ²⁶

Definición operacional: interrogatorio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Fumada 2. Comestible.

Nombre de la variable: COCAÍNA

Definición conceptual: Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. Posterior a su consumo produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora.²⁷

Definición operacional: Interrogatorio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Copos blancos, 2. Copos translúcidos, 3. Copos cristalinos 4.

Coca en Polvo

Nombre de la variable: INHALABLES

Definición conceptual: Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial.²⁵

Definición operacional: Interrogatorio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Pegamento, 2. Aerosoles, 3. Pinturas, 4. Disolventes Industriales, 5. Quitaesmaltes, 6. Gasolina, 7. Líquidos de limpieza

Nombre de la variable: ANFETAMINA

Definición conceptual: Tipo de amina simpaticomimética con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina.²⁵

Definición operacional: Interrogatorio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Anfetamina, 2. Dexanfetamina 3. Metanfetamina

Nombre de la variable: ALCOHOL

Definición conceptual: En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas.²⁵

Definición operacional: Interrogatorio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Cerveza 2. Wisqui 3. Tequila 4. Vodka 5. Brandy

Nombre de la variable: DEPRESIÓN

Definición conceptual. La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, se evalúa con el Test de Hamilton.²⁸

Definición operacional: Interrogatorio. Se evaluará con el Test de Hamilton.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1. No depresión 2. Ligera/menor 3. Moderada 4. Grave 5. Muy grave

Nombre de la variable: DISFUNCIÓN FAMILIAR.

Definición conceptual. Se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.²⁹

Definición operacional: Interrogatorio. Se evalúa con la escala de APGAR

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: ordinal

Indicador: 1. Disfunción Familiar < 16 puntos 2. Funcionalidad Familiar >17 puntos.

10.- Descripción del estudio

Se realizó un estudio de casos y controles, donde se obtuvo la muestra por casos consecutivos. Cada caso tenía un control, emparejados por edad, además de que todos eran derechohabientes de la UMF31 y que por ende vivían en la delegación Iztapalapa, además debían estar expuestos mínimo a un factor de riesgo, hasta completar una muestra de 66 adolescentes, donde 33 de ellos eran los casos y 33 los controles (figura 1). Esto se realizó en la sala de espera de los 40 consultorios de medicina familiar en ambos turnos de la Unidad de Medicina familiar No 31, al detectarse a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un proceso de consentimiento informado y a los pacientes ya sean casos y controles, que aceptaron participar posteriormente se les hizo una misma entrevista, incluyendo el instrumento de medición test de POSIT BREVE, el cual tenía como objetivo la detección de adicción a sustancias psicotrópicas y determinar los factores psicosociales que intervienen para que se presenten, se incluyó la escala de APGAR para evaluar la disfunción familiar, cuestionario de Hamilton para evaluar, ansiedad y depresión. Fue realizada por el médico residente de segundo año de medicina familiar con duración máxima de 20 minutos en la que se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, adicción a sustancias psicotrópicas, y factores psicosociales. La entrevista personal y la realización del cuestionario se llevaron a cabo de lunes a viernes en un horario de 13:00 a 16:00hrs realizándose 9 encuestas en promedio al día. Los datos se vaciaron

en programa Excel y SPSS versión 22 y los datos se analizaron en el periodo descrito en el cronograma.



11.- Análisis estadístico

Para el presente estudio se realizó una base de datos en programas estadísticos Excel y SPSS versión 22, en donde se realizó un análisis descriptivo de las variables:

-Para variables cuantitativas: Se utilizó mediana y rangos intercuartílicos por no contar con una distribución normal.

-Para variables cualitativas: Para la estadística analítica se buscó asociación entre la exposición de los factores de riesgo y la adicción; se utilizaron razón de momios y X^2 con un índice de confianza de 95% (IC95%).

12. Consideraciones éticas

Se consideró este estudio de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de salud** en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, lo establecido **Capítulo III De la**

Investigación en Menores de Edad o Incapaces en los artículos 34.-

Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquélla que se realice en menores o incapaces deberá satisfacer lo que se establece en este capítulo, excepto cuando se trate de mayores de 16 años emancipados. y en el **artículo 36.-** Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Y por último con respecto al **artículo 39.** Esta investigación es clasificada como sin riesgo y sin beneficio directo al menor o al incapaz, admisible de acuerdo con las siguientes consideraciones: De riesgo mínimo debido a que: La intervención del procedimiento tiene altas probabilidades de obtener conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor o el incapaz, que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.³⁰

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6.-El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses. Dentro de su subtítulo B, Principios para toda investigación médica menciona que en el

apartado 15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité es independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité considero las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.³¹

12.1 Conflictos de interés.

Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

13.- Recursos

13.1 Humanos.

Médico Residente de Medicina Familiar:

- Vega Blancas Juan Luis.

Asesores Clínicos:

- Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez

Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud y Profesor titular de residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 31. IMSS

- Lic. Mario Fausto Gómez Lamont.

Profesor Ayudante de Médicos Residentes de Medicina Familiar

13.2 Materiales.

Se usó la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No 31.

Computadora. 1 Laptop.

Copias. 350

Lápices. 50 Lápices No 2.

Plumas. 50 plumas Bic

Hojas. 450 hojas blancas

Consentimiento Informado. 350 copias

Cuestionarios: 350 cuestionarios.

13.3 Económicos.

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extra institucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente.

Los consumibles fueron financiados por el alumno.

13.4 Factibilidad.

Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 31, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidieron participar en el estudio, el cuestionario se hizo en un lapso no mayor a 20

minutos, al terminar la muestra necesaria se analizaron resultados y se dio una conclusión del mismo.

14. Limitaciones del estudio.

- La limitación más importante de este estudio fue la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados, además de la poca empatía que existió en la participación de los adolescentes para realizar el cuestionario y propiamente participar en la investigación.
- Por tratarse de un estudio observacional, no se incidió en el fenómeno a estudiar, solo se realizó un análisis de los resultados obtenidos.
- Las debilidades de este estudio son que se realizó en una sola unidad de Medicina Familiar y con una muestra relativamente pequeña.

15. Beneficios esperados y uso de resultados.

Este trabajo al ser un estudio de casos y controles favorecerá el conocimiento de la existencia de aspectos psicosociales que inciden en la adopción de adicción a sustancias psicotrópicas, en adolescentes tanto sanos (controles) como adictos (casos) a dichas sustancias, dentro de la demanda de los servicios de salud.

Los resultados obtenidos de este proyecto serán presentados en las Sesiones bibliográficas, en las Sesiones Generales en la UMF No. 31, y además de Foros de Investigación.

16.- Resultados

Los datos fueron capturados en una hoja de datos en Excel 2013 e importados al software SPSS 22 para su procesamiento estadístico.

Se realizaron y analizaron 66 entrevistas, 33 a pacientes adolescentes sin adicciones (controles) y 33 a pacientes adolescentes con adicciones (casos), la mediana de edad de los entrevistados en los controles fue de 18 años y para los casos fue de 19 años. La distribución por sexo para los controles fue de 15 (45.5%) mujeres y 18 (54.9%) hombres; Para los casos 19 (57.6%) fueron mujeres y 14 (42.2%) hombres. La escolaridad más frecuente en los controles fue bachillerato con 21 (63.6%) y en los controles bachillerato con 23 (66.7%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características generales de la población.				
CONTROLES	CONTROLES		CASOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mediana de edad*	18		19	
SEXO				
Femenino	15	45.5 %	14	42.4 %
Masculino	18	54.9 %	19	57.6 %
ESCOLARIDAD				
Primaria	0	0 %	1	3 %
Secundaria	4	12.1 %	5	15.2 %
Bachillerato	21	63.6 %	22	66.7 %
Licenciatura	8	24.2 %	5	15.2 %
*Mediana				
n=66				

En el resultado del instrumento de evaluación POSIT breve se encontró que los controles respondieron a 2 preguntas positivas entendiéndose que existe el riesgo de que consuman sustancias. La evaluación de la disfunción familiar con el test de APGAR reportó que existía disfunción familiar en 4 (12.1%) adolescentes control y en los casos solamente 2 (6.1%). La ansiedad y

depresión se evaluó con el test de HAMILTON y se encontró que, en los controles 15 (45.5%) tenían depresión y en los casos 10 (30.3%). (Cuadro 2).

Cuadro 2. Factores Psicosociales evaluados.				
	CONTROLES		CASOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APGAR				
Con disfunción familiar	4	12.1%	2	6.1%
Sin disfunción familiar	29	87.9%	31	24.2%
HAMILTON				
Con depresión	15	45.5 %	10	30.3%
Sin depresión	18	54.4%	23	69.7%
n=66				

De las sustancias psicotrópicas evaluadas en los 33 casos se tiene que el alcohol es la más común con 32 (97%) casos, seguida por la marihuana con 6 (18.2%) como la segunda más frecuente, y al final la cocaína y las anfetaminas con 1 (3%). (Gráfico 3)



En los pacientes sin adicciones, se encontró que tienen mayor presencia de disfunción familiar que los casos en general. De acuerdo con el sexo y los factores psicosociales se encontró en los controles una frecuencia baja en ambos sexos de tener disfunción familiar existiendo un riesgo (RM) de 0.813 ($p=0.038$, $IC_{95\%}$ 0.100-6.583) mayor de presentar disfunción familiar en los controles; También se observó que existe un mayor riesgo (RM) 1.500 ($p=0.618$, $IC_{95\%}$ de 0.303-7.432) de depresión en hombres de casos que en las mujeres de ambos grupos.

Dentro del grupo de los casos existe una mayor probabilidad de consumo de alcohol en los hombres; y en las mujeres predomina más el consumo de marihuana con un riesgo de (RM) de 1.600 ($p=0.618$, $IC_{95\%}$ 0.249-10.272).

Se encontró que existe un riesgo (RM) de 1.033 ($p=0.796$, $IC_{95\%}$ 0.969-1.102) veces de que pacientes con disfunción familiar presenten alcoholismo. Pacientes con depresión tienen un riesgo (RM) de 0.900 ($p=0.124$, $IC_{95\%}$ 0.732-1.107) de consumir alcohol y marihuana un riesgo (RM) de 2.857 ($p=0.246$, $IC_{95\%}$ 0.464-17.583). (Cuadro 4)

Cuadro 4. Comparación de APGAR y HAMILTON con sustancias psicotrópicas en los casos.						
	APGAR			HAMILTON		
	Con disfunción familiar	Sin disfunción familiar		Con depresión	Sin depresión	
MARIGUANA						
Si consumen	1	5	RM 5.200* IC de 0.277-97.617 X^2 : 1.449 con una $p=0.229$	3	3	RM 2.857* IC de 0.464-17.583 X^2 : 1.347 con una $p=0.246$
No consumen	1	26		7	20	
COCAINA						
Si consumen	0	1	RM 1.033* IC de 0.969-1.102 X^2 : 0.067 con	1	9	RM .900 IC de 0.732-1.107 X^2 : 2.372 con
No consumen	19	13		0	23	

			una p=0.796			una p=0.124
ALCOHOL						
Si consumen	18	14	RM 1.033* IC de 0.969- 1.102 X ² 0.067 con una p=0.796	9	23	RM .900 IC DE 0.732- 1.107 X ² 2.372* con una p=0.124
No consumen	1	0		1	00	
n=66, RM: Razón de momios para cada variable *factores considerados como de riesgo. p= significativa estadística obtenida mediante X ² de Pearson						

17.- Discusión

La sustancia ilícita de mayor consumo en todo el mundo es la marihuana; Seguido del consumo excesivo de alcohol y siendo más frecuente en hombres. Esto debido a que el alcohol y la marihuana están al alcance de la mayoría, aunque actualmente, el adolescente hará lo posible por conseguir algunas otras.

Los factores que intervienen en las adicciones, desde los que las hacen disponibles e involucran su tratamiento hasta los que las favorecen o las dificultan son importantes de identificar.^{16, 17} Puesto que en la adolescencia pueden estar rodeados de múltiples opciones, tanto de factores protectores como de riesgo.

La disfuncionalidad familiar se asocia a estilos de comunicación poco satisfactorios y es frecuente encontrar miembros adictos en estos núcleos.¹⁵ En la adolescencia, la disfunción familiar juega un papel importante en el consumo de sustancias psicotrópicas debido a la susceptibilidad emocional y la mala comunicación que exista entre los miembros de la familia.

La presencia de alteraciones psicológicas como la depresión se asocia al consumo de sustancias psicotrópicas en específico el alcohol.¹⁸ Dicho factor tanto en pacientes que han consumido sustancias como en los que no, está presente e influye en el consumo o en la persistencia y a su vez en la presencia de complicaciones futuras.

Se refiere a un factor de riesgo para el inicio del consumo de dichas sustancias, la relación que se pueda tener con personas consumidoras, generalmente los iguales, debido a la influencia que estos realizan sobre las sustancias y el grado de presión social que ejercen para que se logre el consumo.¹⁹

La realización de estrategias para el personal de salud que permitan prevenir, detectar, intervenir y referir oportunamente a estancias específicas para la atención de dichos pacientes, ayudará a que disminuya la incidencia de adicciones en adolescentes.

18.- Conclusiones

El consumo de sustancias psicotrópicas es un problema de salud grave en la población adolescente, el sexo en el cual más predomina sigue siendo el masculino a expensas de que las mujeres en algunas adicciones como la marihuana tienen mayor prevalencia. El estado civil que predominó en ambos grupos es el soltero y la escolaridad en los controles la secundaria, en los casos el bachillerato, este último se puede considerar como factor de riesgo y protector a la vez ya que pueden tener relación con personas consumidoras o

caso contrario tener más información sobre el riesgo y complicaciones del uso de sustancias psicotrópicas.

La evaluación de los diversos factores de riesgo en adolescentes para el consumo de sustancias psicotrópicas es importante para la prevención y detección y tratamiento oportuno en dicha población, el instrumento usado en este estudio, para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas nos refleja que las preguntas que fueron positivas en ambos grupos de estudio, son relacionadas con el hecho de tener relaciones con personas que consumen sustancias psicotrópicas, esto se vuelve de gran interés ya que hace que los que no las consumen lo hagan en breve y los que ya lo hacen, tengan menos posibilidad de dejar de hacerlo y quieran tratarse.

De acuerdo con la frecuencia encontrada se tiene que es mayor por parte del alcohol y seguida de la mariguana, ambas de fácil acceso en la región geográfica del estudio de investigación.

La disfunción familiar y la depresión son determinantes sociales que influyen de manera importante para que los adolescentes consuman sustancias psicotrópicas. De acuerdo a la depresión los pacientes que no consumen sustancias son quienes más la presentan y ambos sexos tienen la misma frecuencia. Sin embargo, se encontró que los hombres sufren de depresión y disfunción familiar a la vez.

La marihuana y el alcohol son las sustancias que mayor frecuencia tuvieron. De acuerdo al sexo los hombres encabezan el consumo de alcohol y se encontró que las mujeres son quien más consumen marihuana.

El consumo de alcohol tiene relación con la depresión y la disfunción familiar; el consumo de marihuana tiene como factor de riesgo la depresión y el resto de las sustancias psicotrópicas la cocaína en el único caso encontrado su factor determinante es la depresión.

Los factores psicosociales encontrados en ambos grupos de dicho estudio son relevantes e influyen de manera importante. Es por eso que se debe hacer detección oportuna de estos, seguido de una intervención y se prevenga en caso de los adolescentes que aun no consumen, a que no lleguen a consumir y en el caso de los que ya las consumen, el hecho de atenderlos hará que se pueda solucionar el problema de consumo.

19.- Recomendaciones o sugerencias

Realizar un estudio prospectivo con dichos factores psicosociales que influyen para el consumo de sustancias psicotrópicas posterior a su intervención y atención.

Parear dicho estudio con otras variables para hacer una comparativa más amplia.

Detectar adolescentes menores de 15 años con problemas de adicciones y evaluar la respuesta de los factores psicosociales a los que se estos estén expuestos.

El cuestionario debe adaptarse para aquellas palabras que son desconocidas para los pacientes.

Diseñar un programa de detección de dichos factores psicosociales en adolescentes, para que se pueda dar atención oportuna y prevención de complicaciones.

Difusión con el personal de salud sobre dicho trabajo para fomentar la prevención y chequeos frecuentes en adolescentes, donde se haga detección de factores psicosociales para adicciones, a su vez intervenciones y referencia oportuna a estancias específicas para la atención de dichos pacientes.

20.- Referencias bibliográficas

1.- Villatoro JA, Medina ME, Fleiz C, Téllez MM, Mendoza LR, *et al.* Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Inst. Nac. de Sal. Púb; Sec. de Sal. Méx DF, México: INPRFM; 2012.

2.- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito: Resumen ejecutivo Informe Mundial sobre las drogas 2014. (Internet) (citado 2017 Mar 11). Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf

3.- El problema de las drogas en las Américas: Est. Dro, y Sal. Pub. Org. de los Est. Ame. 2013. (Internet) (citado 2017 Mar 11). Disponible en:

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

4. APTASALUD September, 2016. (Internet) (citado 2017 Mar 11). Disponible en: <http://www.aptasalud.com.ar>

5. Organización Mundial de la Salud Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, D.C:OPS, 2005. (Internet) (citado 2017 Mar 11) Disponible en:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf.

6. Peyoraba R, Bouso C. ¿Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides, Oct de 2015. (citado 2017 marzo 11). Disponible en:

http://www.senado.gob.mx/comisiones/relext_orgint/ungass/docs/Documentos-por-temas/Salud-y-drogas/Informe-Marihuana-como-Medicina-MUCD.pdf

7.- Beverido P. Consumo de mariguana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje, Rev. Med UV. 2010.

8.- Del Bosque J, Alba M, Bruno D, Espínola M, González N, et al. La cocaína: consumo y consecuencias. *Sal Men* 2014;37(5).

9.- Informe Ejecutivo Análisis del consumo de sustancias en México, Comisión Nacional de México, Comisión Nacional de las Adicciones. (Internet) (citado 2017 Mar 11).

Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_opiaceos.pdf

10. Los inhalantes, U.S. Department of Health and Human Services, Nat. Inst. of Health. 2012. (citado 2017 Mar 11). Disponible en: <https://teens.drugabuse.gov/es/datos-sobre-las-drogas/inhalantes>

11. Guerri C, Bioquímica de las adicciones. *SBBE*, 172, junio 2012. (citado 2017 marzo 11). Disponible en:

<http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/ConsueloG.pdf>

12. Cabrera M, López J, González J, Hernández AG, López L, et al. Consumo de alcohol y factores de riesgo coadyuvantes en los habitantes de una colonia de Iztapalapa, D.F. 2013. *Rev. Esp. en Cien. de la Sal.* 2013;16(2):83-89.

13. Cogollo Z, Arrieta K, Blanco A, et al. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública, *Rev. de Sal. Pub.* 2011;13(3).

14. Varela MT, Salazar IC, Cáceres DE *et al.* Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pen Psi*, 2007;3(8).
15. Sánchez LM, Ángeles A, Anaya R, Lazcano E. Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Sal Pub Mex*. 2007;(49):183.
16. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. (Internet) (citado 2017 Nov 11) Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html>.
- 17.- Espinosa PC, Hamui A. Estilos de comunicación intrafamiliar en jóvenes adictos de una Clínica de Medicina Familiar de la ciudad de México. *Aten Fam*. 2012;19(4):99-102.
- 18.- González JD, García VR, Córdova A. Uso de sustancias entre adolescentes y su asociación con síntomas de depresión y percepción de sus relaciones familiares. *CIJ A.C. Dir. Inv. Ens*. 2004:17,18.
19. Sánchez MI, Moreno MC, Muñoz MV, Pérez PJ. Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. *Col Ofic Psic AO y US* 2007(25);(3):307

20.- Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social, Iztapalapa, Distrito Federal CONEVAL Y SEDESOL 2010. (Internet) (citado 2017 Nov 11).

Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32197/Distrito_Federal_007.pdf

21. Glosario de Real Academia. (Internet) (citado 2017 Nov 11). Disponible en:

<http://www.rae.es/noticias/las-academias-publicaran-el-glosario-de-terminos-gramaticales>.

22. Mariño C, González C., Andrade P, Medina-Mora M. E. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas, Salud Mental; 1998;21(1): 27-36.

23.- Secretaria General de Gobierno. (internet) (citado 2017 marzo 11).

Disponible en:

http://www.ircep.gob.mx/pdf/definicion_del_registro_del_estado_civil.pdf

24.- Escolaridad media de la población (2008), Programa educativo de México.

(internet) (citado 2017 marzo 11). Disponible:

http://www.inee.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/CS/CS03/2010_CS03__a-vinculo.pdf

25.- Glosario de términos de alcohol y drogas. Organización Mundial de la salud 2008. (internet) (citado 2017 marzo 11). Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

26. National Institute on Drug Abuse, Marijuana, Abuse and Addiction, Research Reports (Bethesda, Md.: National Institute on Drug Abuse, 2016. (internet) (citado 2017 marzo 11). Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>

27.- National Institute on Drug Abuse, Cocaine: Abuse and Addiction, Research Reports (Bethesda, Md.: National Institute on Drug Abuse), 2010. (internet) (citado 2017 marzo 11). Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/cocaine>.

28.- Depresión, Organización Mundial de la Salud, Feb. de 2017. (internet) (citado 2017 marzo 11).
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

29.- Tejada A, Trejo F. Disfunción Familiar, un riesgo en la adolescencia. 2012. (internet) (citado 2017 marzo 11). Disponible en: <http://herradatrejo.blogspot.mx/p/bullying.html>

30.- Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. (internet) (citado 2017 marzo 11). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

31.- Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. (internet) (citado 2017 marzo 11). <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

32.- Fernández P., Determinación del tamaño muestral, Metodología de la Investigación. Uni. de Epi. Clí. y Bio. Cad. Aten. Pri. 1996:3:138-141.

21. Anexos

21.1 Hoja de Consentimiento Informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Nombre del estudio:

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

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 estudio 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:

Colaborables:

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

Vega Blancas Juan Luis

Nombre y firma del sujeto

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 POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS, EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
Lugar y fecha:	
Número de registro:	R-2017-3701-37
Justificación y objetivo del estudio:	Las adicciones es un fenómeno global, el consumo y la dependencia de sustancias suponen una importante carga para los individuos y las sociedades en todo el mundo, es difícil encontrar un país en el que no se observe algún tipo de consumo, a pesar que las características del mismo varíen en cada territorio. Los factores de riesgo y de protección en el uso e inicio de consumo de drogas están, en mayor o menor medida, relacionados con los comportamientos familiares, así como de los grupos de amigos, parientes y, en resumen, al contexto social en el que se desarrollan los sujetos. Tiene como objetivo identificar los factores psicosociales, que intervienen en la adicción a sustancias, en adolescentes de una unidad de Medicina Familiar.
Procedimientos:	Se le realizarán algunas preguntas
Posibles riesgos y molestias:	Solo implicara realizar algunas preguntas de tipo personal.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Servirá para beneficio estadístico de la unidad, así como ser participante de un protocolo de estudio en pro de la salud cardiovascular.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted tiene derecho a conocer sus resultados y de esta misma manera lo sabrá su médico tratante para llevar a cabo un adecuado control para su salud
Participación o retiro:	Usted tiene el derecho a retirarse del protocolo de estudio en cuanto usted lo desee sin repercusión alguna.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos serán manejados de manera confidencialidad solo con fines de investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	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:	Se referirán a trabajo social , para que se envíen,al Centro de Integración Juvenil
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez, Profesora Titular de Residentes de Medicina Familiar, Matrícula: 99383047, Tel: 56860233, Fax. 56862769, Correo: teresa.alvaradog@imss.gob.mx
Colaboradores:	Juan Luis Vega Blancas, Residente de Primer Año de Medicina Familiar U.M.F. 31, Matrícula: 98389710, Tel. 5519549037, Correo: luis_drvega@outlook.es Lic. Mario Fausto Gómez Lamont. Profesor. Matrícula: 875786, Tel. 5566307208, Fax. 5686269, Correo. Fausto.lamont@ired.unam.mx.
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	Vega Blancas Juan Luis 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

21.2 Hoja de Recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN
LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS, EN ADOLESCENTES
DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

HOJA DE DATOS

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características: (CRITERIOS DE INCLUSION)

Adolescentes sin distinción de sexo en edades de 15 a 19 años, cursen con adicción a sustancias, que acepten y firmen carta de consentimiento informado.

Indicaciones: Coloca el numero dependiendo sea el caso de la pregunta, sobre las líneas correspondientes.

Instrumento de medición usado POSIT, el cual está plasmado dentro de esta hoja de recolección de datos.

1	FOLIO _____		U U U
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		U U U
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)		
4	NSS: _____	5 Teléfono _____	U U U
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()		U U
7	Número de Consultorio: (____)		U U
8	Edad: _____ años cumplidos	9 Sexo: 1.- Masculino () 2.- Femenino ()	U U U
10	Estado Civil 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()		U
10.1	Escolaridad 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Bachillerato () 4. Licenciatura ()		U
TEST DE POSIT BREVE. El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.			
11	¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela? 1. Si 2. No		U
12	¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas? 1. Si 2. No		U
13	¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol? 1. Si 2. No		U
14	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o Bebidas alcohólicas? 1. Si 2. No		U
15	¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? 1. Si 2. No		U
16	¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas? 1. Si 2. No		U
17	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? 1. Si 2. No		U
18	¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? 1. Si 2. No		U
19	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? 1. Si 2. No		U
20	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? 1. Si 2. No		U
21	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? 1. Si 2. No		U
22	El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? 1. Si 2. No		U
23	¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa? 1. Si 2. No		U
24	¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? 1. Si 2. No		U
25	¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas? 1. Si 2. No		U
26	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? 1. Si 2. No		U
27	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien? 1. Si 2. No		U
28	¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? 1. Si 2. No		U
29	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? 1. Si 2. No		U
APGAR	Conteste con: 1. NUNCA, 2. CASI NUNCA, 3. ALGUNAS VECES, 4. CASI SIEMPRE, 5. SIEMPRE		
30	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?		U
31	Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		U
32	Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades		U
33	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.		U
34	Me satisface como compartimos en mi familia: 1. el tiempo para estar juntos		U

35	Me satisface como compartimos en mi familia: 2. los espacios en la casa		<input type="checkbox"/>
36	Me satisface como compartimos en mi familia: 3. el dinero		<input type="checkbox"/>
37	¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		<input type="checkbox"/>
38	Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		<input type="checkbox"/>
CUESTIONARIO DE HAMILTON			
39	Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea	<input type="checkbox"/>
40	Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	<input type="checkbox"/>
41	Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)	<input type="checkbox"/>
42	Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche	<input type="checkbox"/>
43	Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)	<input type="checkbox"/>
44	Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	<input type="checkbox"/>
45	Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad	<input type="checkbox"/>
46	Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta	<input type="checkbox"/>
47	Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc	<input type="checkbox"/>
48	Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle	<input type="checkbox"/>
49	Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante: Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración	<input type="checkbox"/>
50	Síntomas somáticos gastrointestinales.	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>

51	Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2						_
52	Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales						_
53	Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas						_
54	Pérdida de peso	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)	A. _ B. _					
55	Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo						_
CUESTIONARIO DE HISTORIA DE DROGAS PSICOACTIVAS INSTRUCCIONES: Marcar en el cuadro la respuesta correspondiente, Tomando en cuenta las claves asignadas. * Nota: Si en el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco						** CÓDIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO 0 = No consume 1 = Menos de una vez al mes 2 = Una vez al mes 3 = 1 a 2 veces a la semana 4 = 3 a 6 veces por semana 5 = diariamente	_	
		*Consumo 1 = Si 2 = No	Total de años de consumo	Ultimo año de consumo	**Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días		
56	Cannabis: mariguana, Hashish	_	_	_	_	_		
57	Cocaína	_	_	_	_	_		
58	Inhalables	_	_	_	_	_		
59	Anfetaminas	_	_	_	_	_		
60	Alcohol	_	_	_	_	_		
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN								