

1125104
8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUPO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD PUBLICA
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA

CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ESTUDIANTES
ADOLESCENTES DE IZTAPALAPA Y FACTORES ASOCIADOS

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

P R E S E N T A :

DR. OSWALDO SINOE MEDINA GOMEZ

ASESORA: DRA. EVANGELINA GONZALEZ FIGUEROA

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Vo. Bo.

Evangelina González Figueroa

DRA. EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA
COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA

Vo. Bo

Jorge Escobedo de la Peña

DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA
PROFESOR TITULAR Y JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA

[Handwritten signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi familia quienes la libertad y el trabajo son ejemplo a seguir

A mi esposa e hijo por compartir este sueño

A mis compañeros

A la Dra. Evangelina González por sus enseñanzas y amistad

Al Dr. Jorge Escobedo de la Peña todo mi respeto y admiración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVOS.....	24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
DEFINICIÓN Y OPERACIÓN DE VARIABLES.....	27
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
PLAN GENERAL.....	33
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	58

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN.

Introducción: El uso, abuso y consumo de drogas licitas o ilícitas, constituyen un problema de salud pública con importantes repercusiones en el ámbito individual, familiar y en la sociedad en su conjunto.

Objetivo: Determinar la prevalencia de consumo por tipo de droga y factores asociados, en los estudiantes adolescentes de las escuelas, a las colonias Juan Escutia, Tepalcates, Reforma, Ejército constitucionalista, Guelatao y Cabeza de Juárez, ubicadas en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal en estudiantes de 11 a 19 años pertenecientes a escuelas de nivel medio, medio superior y técnico ubicadas dentro de las colonias elegidas en la delegación Iztapalapa durante marzo a junio del 2001. Se incluyeron todos los estudiantes de las escuelas seleccionadas que se encontraran en el momento de la entrevista y que tuvieran el consentimiento informado por los padres. Se excluyeron a aquellos estudiantes que no desearon participar.

Resultados: Se estudiaron a un total de 1,641 alumnos, la prevalencia del antecedente de haber consumido alguna sustancia activa fue del 78.8% (IC_{95%}: 76.6-88.8); 79 por ciento de cada 100, han consumido alguna vez en su vida alguna sustancia y solo el 21.1% (IC_{95%}: 19.2-32.2) nunca han consumido cualquiera de las sustancias. La edad de inicio de consumo de alguna droga fue en promedio de 12 y medio años. Las prevalencias de consumo alguna vez en la vida fueron: alcohol (71.3%), tabaco (59.8%), marihuana (5.0%), inhalantes (3.1%), cocaína (3.0%), sintéticas (2.4%), hongos (0.6%) y heroína (0.3%). La prevalencia de consumo actual por tipo de droga, cambiaron las prevalencias para alcohol del 35.8%, tabaco el 26.4%, marihuana el 1.6%, cocaína 0.0%, inhalantes 0.7%, sintéticas 0.6%, heroína 0.1% y no se reportó consumo de hongos.

Conclusiones: Se muestra como el consumo de drogas ha aumentado, por lo que es necesario realizar acciones encaminadas a la prevención dentro de este grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN.

El uso, abuso y consumo de drogas licitas o ilícitas, constituyen un problema de salud pública y que además, tiene importantes repercusiones en el ámbito individual, familiar y en la sociedad en su conjunto. Tanto que es considerado por el gobierno federal como una prioridad nacional que exige contar con estrategias y acciones de investigación.¹

El término de consumo de drogas es empleado para definir el acto de administrarse por cualquier vía sustancias adictivas y que conllevan al riesgo de la fármaco dependencia. La farmacodependencia engloba un sentido amplio para incluir adicciones y habitualidades. Incluye la triada: del uso compulsivo de drogas que tiene efecto en: 1) un deseo vehemente psicológico (impulso) 2) Dependencia fisiológica con síntomas por supresión al interrumpir la droga y 3) tolerancia.²

En 1964 el comité experto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que el término de farmacodependencia fuese acompañado de una frase calificadora que especifique el tipo de droga utilizada. Se determinan dos tipos de dependencia que son: la dependencia psicológica que esta integrada por la existencia compulsiva para seguir consumiendo un tipo de droga a pesar de las consecuencias adversas. La de síntomas físicos al suspender bruscamente la droga (síndrome de abstinencia).^{3,4}

La tolerancia es un efecto declinante al administrar una dosis dada, de manera que la dosis debe ser aumentada con la finalidad de poder lograr un efecto inicial. La tolerancia crónica ocurre cuando el uso de la droga provoca tolerancia a una droga de la misma clase. Así mismo se determinó que una droga es aquella que causa adicción. Sin embargo esta definición ha sido modificada por la misma OMS en donde se establece que una droga es cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta, funciones motoras.⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. ANTECEDENTES.

Desde 1979 el Instituto Mexicano de Psiquiatría ha desarrollado diversas investigaciones sobre el problema de consumo de drogas en nuestro país. Se han desarrollado diversas encuestas tanto a población de 12 a 65 años (encuestas nacionales 1974, 1988 y 1993), como a estudiantes de nivel medio y medio superior (encuestas de 1976, 1978, 1980, 1985-1987, 1989, 1992 y 1993), para poder conocer el panorama epidemiológico del problema. Sin embargo, se ha señalado que el fenómeno del consumo de sustancias adictivas es un reto para los investigadores ya que es muy dinámico e intervienen variables psicológicas, sociales, culturales e históricas entre otras.

Existen diferentes tipos de drogas, sin embargo, las que con mayor uso en nuestro medio se consumen son las siguientes:

Marihuana.

La droga ilegal de mayor uso en la población general es la marihuana, es nombre de una droga con propiedades alucinógenas leves que pertenece a la planta *Cannabis sativa*. Su sustancia activa es tetrahidrocanabinol. A nivel nacional se estima que se presenta con una prevalencia del 3.3% de uso de esta droga alguna vez en la vida (más de 1, 400,000 personas).^{14, 15}

Entre 1988 y 1993 el consumo de marihuana ascendió un 0.4% en el ámbito nacional. Estas cifras concuerdan con la información recolectada por el sistema de vigilancia epidemiológica contra las adicciones (SISVEA) en los centros de tratamiento, los cuales indican que la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento es por el consumo de marihuana, además de ser la droga que primero usan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con relación a la prevalencia por regiones, para 1988 el sur del país mostró una prevalencia de 2.7%, para 1993 fue del 1.2%, por el contrario, en la zona noreste el consumo de marihuana pasó del 1.7% en 1988 al 3.8% en 1993, en la región noroeste y en la central el consumo disminuyó de 7.03% al 5.5% y de 3.2% a 1.9% respectivamente.

En estudios realizados en el Distrito Federal en 1993, se encontró una prevalencia para el consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza media y media superior de 3.53% siendo la segunda droga más utilizada según los resultados de este estudio.

El consumo "alguna vez en la vida" en adolescentes panameños durante 1996 presentó una prevalencia de 0.7%. En los estados Unidos de Norteamérica, la marihuana continúa siendo la primera droga ilícita de consumo en 1995. Según resultados de la Encuesta Domiciliaria Nacional sobre el Abuso de Drogas (NHSDA) el 32% de estadounidenses de 12 años y más, habían probado esta sustancia alguna vez en su vida y casi 18.4 millones (8.6% de la población de 12 años y más) la habían consumido en el último año. En el Estudio de observación del futuro (NITF), que se realiza en estudiantes del octavo, décimo y doceavo grado, mostró en 1997 los siguientes resultados: en estudiantes de octavo grado: el 22.6% había consumido marihuana alguna vez en su vida, el 17.7% la consumió en el último año, el 10.2% la consumió en el último mes y el consumo diario en el último mes se reportó en el 1.1% de los estudiantes encuestados. En los estudiantes del doceavo grado, el uso de alguna vez en la vida fue del 49.6%, en el último año del 38.5%, el consumo en el último mes del 23.5% y el consumo diario en el último mes fue del 5.8%.

Cocaína.

Es el más poderoso estimulante del sistema nervioso que proviene de sustancias naturales. Se trata de un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Erthroxilón coca, originaria de América del Sur y se presenta como un polvo compuesto por pequeños cristales blancos. Los efectos y la rapidez con que los percibe el consumidor de cocaína, varían notablemente de acuerdo con el estado físico y mental, la dosis, la frecuencia del consumo y sobre todo, la vía de administración

En la actualidad la forma más frecuente y en la que se obtienen efectos casi de inmediato, es la aspiración por las vías nasales; pero también puede ser inyectada, fumada, untada e ingerida en diversas preparaciones. Para los usuarios por vía intravenosa, se aumentan los riesgos de sufrir problemas cardíacos y, si comparten las jeringas con otros consumidores, de adquirir hepatitis o SIDA

La cocaína, al estimular el sistema nervioso, provoca una mayor frecuencia en los latidos del corazón y contrae los vasos sanguíneos. Esto aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares. En las primeras ocasiones que se consume, provoca pérdida del apetito y euforia. Cuando pasan estos efectos, el consumidor entra en un estado anímico opuesto, en el que se presenta depresión, ansiedad y temor. Con dosis altas, los usuarios pueden padecer pánico y trastornos mentales como estados de psicosis e incluso, en algunos casos, el incremento en la presión sanguínea puede provocar la muerte.

Un elemento importante es el consumo de cocaína en combinación con alcohol, en el que el proceso metabólico en el hígado resulta en un derivado conocido como etileno de cocaína, que intensifica los efectos eufóricos e incrementa el riesgo de muerte súbita.

La encuesta nacional de adicciones (ENA) en 1993 señala que el 0.5 % de la población ha usado cocaína "alguna vez en su vida". Un estudio realizado en 44 instituciones de salud y procuración de justicia durante 1995, se encontró que el rango de edad en el inicio de consumo para esta droga fluctuó entre los 17 a 23 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los estudios nacionales realizados en la población estudiantil, muestran un notable aumento en el uso de esta droga, de 0.5% en 1976 a 0.83% en 1991. En la Ciudad de México se presentó un aumento substancial entre 1986 y 1989 (0.9% y 1.26% respectivamente), pero no fue tan significativo en 1991 (1.03%), ni en 1993 (1.66%); sin embargo, sigue teniendo una tendencia hacia la alza. En comparación con la media nacional, la Ciudad de México rebasa el porcentaje de uso medio nacional.¹⁰

El consumo de "crack" (Derivado de la cocaína) es todavía aun bajo, con una media nacional de 0.25%; Baja California es el único lugar donde su consumo es significativo (0.61%). El 16% de los usuarios reportaron haber usado este tipo de cocaína en estados Unidos. Los lugares mencionados donde la consumieron por primera vez fueron, Baja California (5%), Ciudad de México (5.2%) y el Estado de México (5.9%).¹¹

En 1986 solamente el 1.8% de todos los usuarios de drogas detectados en la Ciudad de México consumieron cocaína, comparados con el 31% de usuarios en 1995. Este es el incremento más alto que se haya dado en todas las drogas.

También es importante señalar que los patrones de uso de cocaína esta cambiando en el país. Con anterioridad, la cocaína era preferida principalmente por sectores privilegiados económicamente de la sociedad. Sin embargo, en 1995 se encontraron datos que indican que uno de cada dos consumidores de cocaína (46.2%) eran de nivel socioeconómico bajo.¹² Así mismo, los centros de integración juvenil (CIJ) reportaron un incremento considerable en número de pacientes que usaron cocaína, el cual se modificó de 12.2% en 1990 al 32.4% en 1995. Los CIJ localizados en las ciudades fronterizas reportaron más altos porcentajes con 72% en Mexicali, 66% en Tijuana y 60% en Ciudad Juárez.¹³

En los Estados Unidos de Norteamérica, según reportes del MEF, el consumo de cocaína aumentó por en la vida en estudiantes del último año de secundaria, se ha

incrementado de 5.9% en 1995 a 8.7% en 1997. En los estudiantes de octavo grado se incrementó de 2.3% en 1991 a 4.4% en 1997. En el NHSDA, durante 1996 cerca de 1.7 millones de estadounidenses usaban cocaína por lo menos una vez al mes, lo que representó al 0.8% de la población de 12 y más años.¹¹

En Panamá la prevalencia de consumo de clorhidrato de cocaína en estudiantes de 12 a 18 años en 1990 fue de 0.6% y 0.5% para el consumo de crack. Así mismo, el consumo de cocaína en Australia en 1995 fue de 3.4% y se incrementó a 4.3% en 1998, reportándose una prevalencia de 1.4% en el consumo durante el último mes.^{12, 13}

Tabaco.

Es sin duda, junto con el alcohol, la adicción de mayor impacto en nuestro medio y la segunda droga lícita de uso en jóvenes y adultos. La nicotina, que es la sustancia adictiva que se encuentra en las hojas del tabaco, actúa como estimulante y es fácilmente absorbida por el cuerpo incluso a través de la piel, esto es gracias a sus características liposolubles.

Al igual que el alcoholismo, resulta difícil definir el tabaquismo, se ha tomado varios parámetros para poderlo determinar como por ejemplo, la periodicidad, el número de cigarrillos fumados, el tiempo de consumo, etcétera.

Con relación con el consumo del tabaco, la ENA menciona que la prevalencia es mayor entre los grupos de edad de 15 a 29 años, pero resulta importante que el inicio a la exposición es en los grupos de 11 a 14 años, y que el 4.9% de su muestra total había fumado antes de los diez años.

En un estudio realizado en la Ciudad de México en 1997, mostró que el consumo de tabaco "alguna vez en la vida" entre estudiantes afectaba a más del 50% de ellos y a los hombres en 56.7% mientras que a las mujeres el 52.3%. Con relación

a los consumidores activos encontraron un 21.9%, siendo la población masculina la más afectada. En cuanto nivel educativo, el porcentaje de usuarios activos de nivel secundaria era más bajo (13.7%) en comparación a los grupos de bachillerato y de escuelas técnicas (34.4% y 35.3% respectivamente).¹⁶

Un estudio realizado en Guadalajara, reportó que el 25.8% de los entrevistados (866 adolescentes) indicaron haber consumido tabaco, con una marcada prevalencia mayor para el sexo masculino en comparación con el sexo femenino (32.9% y 19.4% respectivamente).¹⁷

En Estados Unidos, según la NHSDA en 1997 encontró que el 47.3% de los estudiantes de octavo grado habían consumido tabaco alguna vez en la vida en comparación con 60.2% y 65.2% de los estudiantes del décimo y doceavo grado.¹⁸

Alcohol.

El alcohol etílico es una de las sustancias que más frecuentemente se consumen en nuestro medio y una de las drogas aceptadas social y legalmente en nuestro país; aunque se encuentra restringida para los jóvenes, se ha observado que el consumo inicia en la adolescencia.

El etano o el alcohol etílico, es una sustancia fácilmente absorbida por el aparato digestivo y que en el hígado se convierte en acetaldehído, sustancia que afecta al sistema nervioso central como depresor. Los efectos se presentan en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como del volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe.

Primero, el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. Debido a que el alcohol primero deprime los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera, el individuo parece excitado.

Segunda: la conducta es esencialmente emocional, errática, se presentan problemas de juicio, y existe dificultad para la coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.

Tercera: el individuo presenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble, así como reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad llanto. Por otra parte tiene serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se le dice.

Cuarta: incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la inconsciencia.

Quinta: inconsciencia, ausencia de reflejos, estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

Lo que sucede es que cuando una persona ingiere una copa, el 20% del alcohol presente en esa bebida, es absorbido en forma inmediata a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre. El otro 80% es procesado un poco más lentamente y también se absorbe desde el intestino delgado, para circular en la sangre. Si la ingestión de bebidas alcohólicas se detiene o continúa en forma moderada, los niveles de alcohol en la sangre se mantendrán bajos, pues el hígado sano podrá metabolizarlas con la ayuda de la eliminación del alcohol en la orina y el aliento. Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad ingerida rebasan la posibilidad de eliminarlo, se dificultan la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan la memoria y el juicio y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida.

Para clasificar al alcoholismo se usan varios patrones, uno de ellos es el de la *Third Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (DSMIII-R) y divide al alcoholismo en dos tipos, el abuso del alcohol y la dependencia al alcohol. En la primera se hace referencia de que se crea una dependencia psicológica para ingerir alcohol, en la segunda se hace referencia a una dependencia física de seguir ingiriendo el alcohol.

Sin embargo, aun resulta difícil poder otorgar una definición sobre alcoholismo ya que existe una gran variedad de clasificaciones de acuerdo al tiempo transcurrido, cantidad, tipo de bebida, etc.

En el Distrito Federal se encontró que el 54% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida. En estudios previos se ha encontrado que el consumo por género es más frecuente en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino. En el nivel educativo donde se inicia a consumir por vez primera, es la secundaria y el porcentaje de consumidores se duplica en el bachillerato.¹⁷

El consumo de alcohol en la ciudad de Guadalajara en 866 adolescentes de 15 a 19 años fue reportado en el 35.7%.¹⁸

En 1996 los estudiantes de nivel secundaria y preparatoria tanto públicas como privadas de Pachuca Hidalgo, el 47.9% había probado alguna bebida alcohólica.¹⁹

Así mismo, en una encuesta realizada en 1992 a 752 estudiantes de preparatoria de San Nicolás de los Garza, Nuevo León, el 55% habían probado alguna vez bebidas alcohólicas.²⁰

El panorama nacional de consumo de alcohol fue descrito en 1991 por Rojas y colaboradores, en donde se interrogó el consumo de alcohol durante el mes previo a la entrevista a 81,779 estudiantes de escuelas secundarias y de nivel medio superior, donde destacaron en los primeros lugares el Distrito Federal (21.1%), Jalisco (20.85%), Chihuahua (20.7%) y Yucatán (20.0%); entre los estados con más bajo consumo se encontró a Oaxaca (3.6%), Tabasco (8.9%) y Puebla (9.5%).²¹

En países como Estados Unidos, el consumo de alcohol diario en 1997 en estudiantes del último año de secundaria fue de 3.9% y en estudiantes de octavo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

grado de 0.8%.¹³ En Panamá, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida en estudiantes adolescentes fue de 41.2% (IC_{95%}, 38.3-44.2).¹²

Heroína.

La heroína es una droga obtenida de la cápsula de la amapola, es quizás la droga que mayor dependencia causa en los consumidores. Dentro del organismo, es sintetizada por el hígado a derivados de esteres y posteriormente hidrolizados a monoacetilmorfina y finalmente en morfina, conjugada con el ácido glucorrónico, así resulta sencillo unirse a los lugares del encéfalo que intervienen en la transmisión del dolor y en la alteración de la reactividad a los estímulos nociceptivos, además conforman respuestas similares a las endorfinas a niveles mayores. Su mayor dependencia a comparación a otras drogas, es debido a los cambios adaptativos celulares en el flujo del calcio o a la inhibición de la adenil ciclasa.¹⁴

De acuerdo al SISVEA, en 1995 las atenciones por consumo de heroína en los Centros de Integración Juvenil fue de 4.4%. En un estudio realizado en 1997 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en mayores de 12 años, señala que el 0.98% de la población estudiada consumía esta droga.¹⁵

Sin embargo, no existen más estudios que permitan conocer la prevalencia de consumo de heroína en la población adolescente; solo existe información de un estudio realizado en 1981 por los CIJ acerca del consumo de esta droga en escuelas de nivel medio, medio superior y superior ubicadas en las áreas de influencia de estos centros en el país, registrando el consumo de heroína en 0.55%.¹⁶

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1989 se registró el uso de opiáceos 0.1% con un inicio de consumo 18 a 25 años de edad.¹⁷ Mientras que Rojas y colaboradores, en 1991 encontraron una prevalencia entre estudiantes de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

educación media y media superior a nivel nacional de 0.21% y en el Distrito Federal 0.29%.²²

A nivel mundial, en Panamá se ha reportado una prevalencia en estudiantes adolescentes de 0.3% y en Estados Unidos la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en estudiantes de octavo grado de secundaria en 1997 fue de 2.1% y 0.6% la habían consumido en el último mes.^{12, 13}

Metanfetaminas.

Son medicamentos estimulantes del sistema nervioso central, en dosis pequeñas, hacen que el individuo se sienta lleno de energía, alerta y poderoso. Su comportamiento puede resultar violento, provocador e intimidatorio y al ver reducida la percepción del cansancio y el hambre, pueden ocurrir trastornos por extenuación, al no darle al organismo el reposo que requiere. En grandes dosis pueden causar irregularidades en el ritmo del corazón, convulsiones y estado de coma, pudiéndose llegar a la muerte por falla respiratoria y/o cardíaca.^{4, 5}

El consumo de metanfetaminas es un fenómeno reciente en México, el reporte de su utilización entre los estudiantes es menor al 1% y los porcentajes más altos de consumo ocurren en las zonas fronterizas del país. Actualmente se ha reportado un incremento en el consumo de un derivado de las metanfetaminas que es llamado "éxtasis". La fuente más importante de información en 1995 fueron los CIJ, donde esta sustancia aparece entre las 6 más consumidas en el país en 1994; así mismo se reportó un incremento del 50% en el consumo de estas sustancias entre los pacientes que acudieron a consulta en estos Centros. El uso de metanfetaminas ocurre con mayor frecuencia entre las edades de los 14 a 18 años.⁶

De acuerdo a la encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar se obtuvo que la metanfetamina es una de las drogas preferenciales que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

inicio en los alumnos entre 13 y 14 años siendo a menudo consumidos por los grupos de hasta 18 años.¹⁶

Berejano y colaboradores encontraron que en Costa Rica en 1995, el consumo de tranquilizantes alguna vez en la vida en mujeres mayores de 12 años fue de 2.9% y el consumo durante el último mes fue de 0.95% en esta población.²³

En Estados Unidos, el consumo de metanfetaminas es un problema grave, en 1997 el 4.4% de los estudiantes de último año de secundaria habían usado este tipo de drogas al menos una vez en su vida y según la NHSDA en 1996, 4.9 millones de personas mayores de 12 años y más, habían consumido metanfetaminas alguna vez en la vida (2.3% de la población) ¹⁷. En Panamá la prevalencia entre estudiantes de 12 a 19 años fue de 6.7%.¹⁸

Inhalables.

Son vapores que provienen de líquidos volátiles o productos en aerosol; también puede tratarse de gases que al ser inhalados o introducidos por las vías respiratorias producen alteración de las funciones mentales. Su consumo frecuente produce adicción.

Los utilizados con mayor frecuencia en México son los solventes orgánicos, compuestos derivados del carbón o del petróleo, que se producen para dar apoyo a la actividad diaria en la industria y en el hogar. Con fines de alteración mental se utilizan distintos productos combustibles como gasolina y líquido de encendedores, aerosoles pegamentos, removedores de pintura, esmaltes, quitamanchas, tinner y otros conocidos como P.V.C., activo y cemento. También son sustancias inhalables los anestésicos en forma de gases, como el óxido nítrico y el etileno o líquidos volátiles, como el cloroformo, éter, fluroxeno y halotano, que provocan relajación y dilatan los vasos sanguíneos. Se usan en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

medicina para aliviar dolores o anestesiarse; pero algunos consumidores los usan por sus efectos de euforia y confusión.

En estudios previos se encontró que el 3.9% de la población estudiada consumían inhalantes y en su mayoría son los hombres que los que más las consumen.⁹

Sin embargo, en 1993 un estudio realizado en estudiantes, señaló que el 4.82% habían experimentado el consumo de solventes inhalables, siendo las delegaciones Azcapotulco, Iztapalapa y Venustiano Carranza las que reportan los mayores niveles de haber consumido alguna vez este tipo de sustancias (9.15%, 7.30% y 6.24%, respectivamente).⁷

Los inhalantes son las sustancias de mayor consumo entre estudiantes estadounidenses, en 1997 el 21% de estudiantes de octavo grado de secundaria habían consumido alguna vez en la vida este tipo de sustancias y 11.8% la habían consumido al menos durante 1995. En Panamá la prevalencia de consumo en 1996 en estudiantes adolescentes fue de 1.9%.¹⁰

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Es evidente el incremento en el consumo de sustancias adictivas en la población adolescente sobre todo en el Distrito Federal; sin embargo, los factores a los cuales se ha asociado este fenómeno aun no es muy claro. Se ha indicado al sexo y la edad temprana de consumo o experimentación como factores importantes de riesgo.¹¹ por ejemplo, en la ENA realizada en 1988, refiere que el 82% de los jóvenes que habían consumido alcohol eran hombres, en 1997 se mostró que en 1929 estudiantes de Pachuca Hidalgo, la prevalencia de consumo de alcohol fue de 50.6% para hombres y 45.9% para mujeres y para otro tipo de drogas, la prevalencia para hombres fue de 6.4% y 4.1% para mujeres.¹²

En 1999 se realizó un estudio en la Ciudad de México entre la población de 18 a 65 años, para conocer el consumo de alcohol, mostró que el 96.5% de la población masculina había consumido alguna vez en su vida una copa de alcohol, así como la edad de inicio fue mucho menor en hombres (16 años) comparado con las mujeres (18 años) ²⁴. Cuando se clasificó por sexo el consumo elevado (una a tres veces al mes), se encontró el 5.8% de la población masculina y 1.3% de población femenina.

En la clasificación de consumo peligroso al alcohol el 12% pertenecieron al sexo masculino y solo 2% al sexo femenino, sin embargo, en un estudio realizado en el Distrito Federal dentro de la población estudiantil media y media superior, se encontró que la población masculina que consumía alcohol en 78% y en las mujeres en el 70% ²⁵.

En cuanto al consumo de tabaco, se presenta el mismo comportamiento con respecto al sexo, en 1993 en el D. F. se encontró que la proporción de consumo de tabaco en el sexo masculino es de 3 a 1 comparado con las mujeres, en 1997 en un estudio sobre consumo de tabaco en la población estudiantil de la Ciudad de México, se encontró que en todos los grupos de edad, los hombres muestran una mayor prevalencia de consumo que las mujeres tanto en 1993 como en 1997 ²⁶.

En un estudio de prevalencia acerca de consumo de tabaco en el D. F. realizado en escuelas secundarias, se encontró que la prevalencia en la población estudiada fue de 19%, de ellos, 26.48% pertenecen al sexo masculino además de tener una frecuencia y cantidad mayor que el sexo femenino. Así mismo en este estudio se muestra que la experimentación para otro tipo de drogas, los índices de experimentación son mayores en los hombres así como un marcado aumento de consumo cuando se incrementa la edad, por ejemplo, se señala que solamente el 10% de los menores de 13 años reportó haber consumido marihuana, pero el 18% de las mayores de 18 años la había probado ²⁷.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El uso de cocaína mostró un comportamiento similar, con un 0.31% en los menores de 13 años se incrementó a 6.68% en los mayores de 18 años. El uso de opiáceos se ha reportado que también es el sexo masculino el que presenta un mayor consumo que las mujeres.²⁶

Entorno y factores familiares.

El papel de la familia se ha encontrado que comparando a usuarios con no usuarios, el consumo del padre, madre o hermano incrementa el riesgo de consumo de drogas. En un consumo eventual de familiares se encontró como factor de peso, ya que se encontró que en los consumidores el padre es consumidor tres veces más que el padre del no consumidor, así como dos veces más en la madre del consumidor y de 8.57% a 21.59% si el hermano es consumidor.

Así también, en un estudio realizado para conocer la influencia de historia familiar para el consumo de alcohol, se encontró que para el síndrome de dependencia en los hombres se observó un incremento de riesgo cuando el consumo del padre era frecuente (RM= 2.04) con intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) de 1.51 a 2.76. Cuando el padre era consuetudinario (RM= 2.28, IC_{95%} 1.65- 3.16), cuando el padre se embriagaba frecuentemente (RM= 2.16, IC_{95%} 1.64- 2.83) y para la madre que se embriagaba poco frecuentemente (RM= 2.76, IC_{95%} 1.54-4.89) o consuetudinariamente (RM= 3.55, IC_{95%} 1.38- 9.10). Para mujeres el riesgo de dependencia incrementó la relación al consumo frecuente de la madre (RM= 7.85, IC_{95%} 3.03- 20.33), con la embriaguez frecuente de la madre (RM= 21.25, IC_{95%} 8.05- 50.00)²⁷. Sin duda este fenómeno parece repetirse en casi todas las drogas utilizadas²⁸, como ejemplo se concluyó que el hijo de padres que fuman desea fumar dos veces más que aquel que tiene padres que no fuman.²⁷ E incluso el riesgo de consumir drogas es mucho mayor si uno de los hermanos consume drogas.²⁹

Las características de la familia tales como su composición, desintegración familiar e incluso la violencia familiar y roles familiares se han visto relacionadas con el consumo de sustancias adictivas el hecho de no cumplir con normas familiares, parece tener relación con este fenómeno aunque no existen estudios contundentes al respecto. Los conflictos familiares pueden ser factores que influyan en el consumo de drogas, por ejemplo, se ha encontrado de aquellos adolescentes con conflictos familiares el 37.1% consume drogas.^{17, 18}

La desintegración familiar parece ser un factor de riesgo para el consumo de drogas, tanto licitas como ilícitas, así lo demuestra el estudio realizado por Sutherland y Shepherd en 4625 estudiantes de cinco escuelas secundarias de Inglaterra. El no vivir con los padres presentó una asociación para el consumo de tabaco en comparación con aquellos estudiantes que vivían con sus padres (X^2 26.7, $P < 0.001$), también se encontró asociación en el consumo de alcohol (X^2 17.6, $P < 0.001$) y para el consumo de drogas ilícitas (X^2 24.7, $P < 0.001$).¹⁹ Los conflictos familiares pueden ser un factor que influyan en el consumo de drogas, por ejemplo, se ha encontrado que aquellos adolescentes con conflictos familiares el 37.1% consume drogas.

Depresión.

La depresión y otros problemas psicológicos son motivos frecuentes en los individuos que consumieron por primera vez drogas. Por ejemplo, en un informe individual de consumo realizado en 1999 por el INP, los problemas familiares fueron percibidos en 9.4% de los individuos, 30.2% lo hizo por curiosidad, 16.5% por experimentar, 12.9% por influencia de amigos, 12.9% por invitación, 2.2% por imitación y solo 1.4% por decepción y problemas emocionales.²⁰

La prevalencia de depresión encontrada por Caballero y colaboradores durante 1997 en 345 estudiantes de bachillerato en la Ciudad de México fue de 26.4%, encontrando una asociación entre la presencia de depresión medida a través del

inventario de Beck y el consumo actual de tabaco (RM= 2.53, P <0.001) y para el consumo actual de alcohol (RM= 2.82, P <0.001).³²

Rutger y colaboradores en 1994, encontraron en 850 estudiantes de los dos primeros años de secundaria en Holanda, que la alta percepción de autoeficacia resultó ser un factor protector para el consumo de tabaco (RM= 0.60, IC_{95%} 0.54-0.67).³³

En un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró una asociación entre estudiantes de 12 a 18 años que presentaban síntomas depresivos y el inicio de consumo de drogas (RM= 1.3, IC_{95%} 1.1-1.6).³⁴

Nivel socioeconómico.

El consumo de sustancias adictivas se ha encontrado asociado con el nivel socioeconómico y el tipo de sustancia que se consume. En un estudio realizado en Guadalajara, México, se reportó que el consumo de alcohol es mayor en aquellos adolescentes pertenecientes al estrato alto, para el consumo de tabaco no se encontró diferencias y para el uso de drogas el nivel marginado fue el de mayor prevalencia.³⁵ Unikel y colaboradores reportaron que en usuarios de drogas en el Distrito Federal se reportó un alto consumo de cocaína en el estrato socioeconómico medio, seguido del bajo y el alto.³⁶

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha agudizado en nuestro país la marginación y la pobreza. Este hecho ha impactado en la población juvenil, acrecentando los problemas de salud, trabajo y educación entre otros. Esta sociedad es la que determina la identidad y el proceso participativo del adolescente, pero que también marca comportamientos que para el adolescente son confusos, por un lado se le otorgan patrones a seguir como la exigencia de la preparación para incorporarse

tempranamente al campo laboral, por el otro lado no se le brinda o no tiene acceso a su capacitación y en caso de lograrlo es demasiado joven para competir, esto crea un estado continuo de confusión en los jóvenes acerca de su inserción social e identidad propia.

De acuerdo a los antecedentes ya referidos, se puede observar que el consumo de drogas es un problema que se incrementa día con día y es extraordinariamente dinámico en cuanto a las características de consumo; sin embargo, a pesar de conocer algunos datos sobre las características de este fenómeno, pocos estudios enfocados han mostrado resultados sobre los factores que se han asociado al consumo de drogas en los adolescentes.

Por lo anterior, los planteamientos que se hacen son los siguientes:

¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias adictivas en estudiantes de 11 a 19 años?

¿Cuál es la relación que tienen los factores individuales, socioeconómicos y familiares con el consumo de drogas en los estudiantes de 11 a 19 años de las escuelas ubicadas en las colonias Juan Escutia, Tepalcates, Reforma, Ejército constitucionalista, Guelatao y Cabeza de Juárez, pertenecientes a la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. JUSTIFICACIÓN.

Existe un consenso social en el que se considera al joven como un individuo en una etapa crucial en el desarrollo del individuo, no obstante y a pesar de que México es un país con una proporción de jóvenes muy elevada, poco se ha investigado sobre las características y necesidades específicas de este sector y no existen investigaciones que puedan determinar si los factores a estudiar influyen en el consumo de sustancias adictivas.

El obtener datos actualizados sobre la prevalencia en una población como la que se estudia, permite dimensionar el fenómeno y por otro lado generar información importante sobre la relación de los factores sociofamiliares, económicos que condicionan el consumo de drogas en los adolescentes.

Esto trae consigo el beneficio de que al identificar grupos de riesgo, se puedan encaminar acciones preventivas a estos grupos, aunadas a otras acciones que corresponden a otros grupos sociales y poder impactar en el futuro, en la reducción de esta problemática.

V. OBJETIVOS.

Objetivo general:

- ❖ Determinar la prevalencia de consumo por tipo de droga, en los estudiantes de 11 a 19 años que acuden a escuelas ubicadas en las colonias Juan Escutia, Tepalcates, Reforma, Ejército constitucionalista, Guelatón y Cabeza de Juárez, ubicadas en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Determinar la asociación que existe entre los factores individuales, socioeconómicos y familiares con el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años, que acuden a las escuelas ubicadas en las colonias Juan Escutia, Tepalcates, Reforma, Ejército constitucionalista, Guelatao y Cabeza de Juárez, pertenecientes a la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

- ❖ Conocer si el nivel socioeconómico bajo condiciona el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años.
- ❖ Conocer si la presencia de violencia intrafamiliar condiciona el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años.
- ❖ Conocer si la desintegración familiar condiciona el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años.
- ❖ Conocer si el antecedente familiar de consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años.
- ❖ Conocer si el antecedente de consumo de drogas en amigos consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años.
- ❖ Conocer si la depresión condiciona el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años.
- ❖ Conocer la edad de inicio del consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de 11 a 19 años pertenecientes a las colonias Juan Escutia, Tepalcates, Reforma, Ejército constitucionalista, Guelatao y Cabeza de Juárez, pertenecientes a la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: Transversal

Población de estudio: Estudiantes de 11 a 19 años

Tiempo de realización: marzo a junio del 2001

Lugar: Escuelas de nivel medio, medio superior y técnico ubicadas en las colonias Juan Escutón, Tepalcates, Reforma, Ejército constitucionalista, Guelatao y Cabeza de Juárez.

Criterios de inclusión:

- Todos los estudiantes de las escuelas seleccionadas que se encontraran en el momento de la entrevista
- Que tuvieran el consentimiento informado por los padres

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no deseen participar en el estudio
- No completaran la totalidad del cuestionario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. DEFINICIÓN Y OPERACIÓN DE VARIABLES.

Se definen las siguientes variables:

I. Variable dependiente.

1. **CONSUMO DE SUSTANCIA ADICTIVA.** Es el uso de cualquier droga, en cualquier momento de su vida y administrada por cualquier vía.

Indicadores:

Se clasificó de acuerdo al antecedente de consumo alguna vez en la vida independientemente de la cantidad consumida y el consumo actual de seis meses previos a la aplicación del cuestionario; para la frecuencia de consumo al año se clasificó de la siguiente manera.

- Consumo experimental. Una vez al año.
- Consumo ocasional leve: 2 a 6 veces al año.
- Consumo ocasional moderado: 7 a 11 veces al año.
- Consumo Habitual: una vez a la mes y más.

Operacionalización: Por interrogatorio directo, a través de un cuestionario autoadministrado

II. Variables independientes.

1. **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** En términos de la estructura, la existencia de diversos niveles o estratos se producen por la ausencia o presencia de recursos y ventajas que disfrutaban ciertos elementos de la población.

Escala: Ordinal.

Indicador: Los indicadores que conformaron el nivel socioeconómico son:

- ❖ Vivienda: se clasificó de acuerdo.
0= Prestada, 1= Rentada, 2= Propia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

❖ Características del material del piso de la vivienda.

0=Piso de tierra

1= Piso de cemento

2= Piso de recubrimiento

- ❖ Servicios de urbanización son los servicios con los que cuenta la vivienda, se clasificó con los servicios de agua intradomiciliaria y drenaje, bajo los siguientes parámetros

0=No cuenta con servicios de urbanización.

1=Soío cuenta con un servicio

2=Cuenta con dos servicios de urbanización

- ❖ Pertenencia de automóvil: Se definió por el número de automóviles con los que cuenta el núcleo familiar del entrevistado.

- ❖ Pertenencia de computadora: Se definió por el número de computadoras con los que se cuenta.

- ❖ Acceso de Internet: Se definió por contar con una cuenta de acceso a Internet en el hogar.

0=No cuenta con acceso a Internet

1=Si cuenta con acceso a Internet

- ❖ Teléfono:

0=No cuenta

1= Si cuenta

- ❖ Sistema de televisión: Se definió por acceso al sistema de televisión con el que cuenta.

Televisión abierta (local)

Televisión por cable (cablevisión)

Televisión satelital (Sky o DirecTv)

Escolaridad del padre. Se consideró el nivel escolar de acuerdo a los años de estudio realizados por el padre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se clasificó el nivel de cada uno de ellos, según la prueba de función de distribución para obtener los niveles: 1= NSE bajo 2= NSE medio 3= NSE alto

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

2. ESCOLARIDAD: Años de estudios realizados en el sistema formal educativo.

Escala: Razón

Indicador: años de estudio.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

3. VIOLENCIA INTRA FAMILIAR. Se define como la presencia de acciones que violen la integridad física y psicológica de cualquier miembro de la familia hacia sus congéneres.

Escala: Nominal

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

4. EDAD: Lapso cronológico desde el nacimiento hasta el momento del estudio

Escala: De razón

Operacionalización: A través del interrogatorio directo, edad en años cumplidos.

5. SEXO: Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.

Escala: Nominal

Indicador: 1= Masculino 2 = femenino.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

6. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR. Separación de algún miembro familiar que dependiente a una familia nuclear.

Escala: Nominal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Indicador: 1= falta del padre 2= falta de la madre 3= falta de un hermano
4= vivir con otra familia que no es la propia 5= Vivir con abuelos 6= Vivir con
tios u otros parientes 7= Vivir con personas sin parentesco

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

7. ANTECEDENTE FAMILIAR DE CONSUMO DE DROGA. Presencia de un individuo que consuma o haya consumido drogas dentro de los seis meses previos a la entrevista.

Escala: Nominal.

Indicador:

1= padre 2= madre 3= hermano mayor 4= hermano menor 5= tío 6= abuelos

Tipo de droga:

1. Marihuana.
2. Cocaína
3. Alcohol
4. Inhalantes.
5. Tabaco
6. Heroína.
7. Sintéticos.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo.

CONSUMO DE DROGA POR AMIGOS. Consumo de cualquier sustancia adictiva por parte de amistades del encuestado dentro de los seis meses previos a la entrevista.

Escala: Nominal

Indicador: 1= sí 2= no

Tipo de droga

8. Marihuana.
9. Cocaína.
10. Alcohol
11. Inhalantes.

12. Tabaco.

13. Heroína.

14. Sintéticos.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo.

8. MOTIVO DE CONSUMO. Causa por el cual el individuo motivo el consumo de drogas

Escala: Nominal

Indicador:

- 1) Antojo/ tentación
- 2) Curiosidad
- 3) Problemas sentimentales
- 4) Experimentación
- 5) Ignorancia
- 6) Imitación
- 7) Presión a consumir por parte de amigos o familiares
- 8) Problemas familiares
- 9) Soledad o tristeza

Operacionalización: A través del interrogatorio directo.

9. EDAD DE INICIO DE CONSUMO. Edad cronológica del individuo al momento de consumir por primera vez algún tipo de sustancia adictiva.

Escala: Razon

Operacionalización: A través del interrogatorio directo.

11. DEPRESIÓN. Disminución del ánimo, que va desde la tristeza leve a sentimientos intensos de culpa, desesperanza o inutilidad. Debido a la sencillez del estado, autoaplicabilidad y su alta sensibilidad y especificidad (sensibilidad 100%, especificidad 99%, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1), la depresión se puede medir a través del inventario de depresión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de Beck, el cual cuenta con 21 reactivos que investigan sobre el estado anímico al momento de la aplicación del instrumento.

Escala: Nominal y por grados Ordinal

Operacionalización: A través del interrogatorio directo, se aplicó un cuestionario en forma autoaplicable.

12. FUNCIONALIDAD FAMILIAR. Componentes de adaptación, participación, crecimiento, recursos y de afecto que contribuyen al bienestar entre los miembros de una familia. Se cuenta ya con un instrumento validado, llamado APGAR familiar, el cual cuenta con cinco reactivos que miden desarrollo, cooperación, adaptabilidad, afectividad y capacidad resolutive.

Escala: Ordinal

Operacionalización: A través del interrogatorio directo

VIII. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó el cuestionario anexo para el registro de la información, utilizando como fuentes de información, la entrevista directa al estudiante (Anexo 1)

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría I, se considera esta investigación como de riesgo mínimo, sin embargo, como el estudio está dirigido a menores de edad, se consideró importante contar con el consentimiento de los padres. Debido a que el proyecto de investigación no puso en peligro la integridad del paciente fue factible llevarlo a cabo, la información recolectada fue confidencial y no afectó su atención y relación escolar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A todos los sujetos, aunque fue confidencial, fue necesario invitarlos y derivarlos a acudir a un centro de atención especializado para participar en actividades de prevención y tratamiento de abuso y consumo de sustancias adictivas.

X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis exploratorio de datos para ver la normalidad de las variables continuas, para poder aplicar medidas de tendencia central y dispersión o mediana y rangos intercuantiles en caso de una distribución no normal. Se obtuvo además frecuencias simples, para describir a la población de estudio. Como medida de ocurrencia, la prevalencia y los Intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}). Las pruebas de Hipótesis con Ji² de Mantel- Haenszel, Razón de Momios (RM), con Intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}), Ji² de tendencia para medir gradiente biológico y finalmente se realizó una regresión logística múltiple no condicional.

XI. PLAN GENERAL

Se realizó contacto con el inspector de zona escolar y a los directores de las escuelas elegidas y posteriormente una se hizo una solicitud para realizar el estudio.

Una vez obtenida la autorización, se realizó una reunión con la plantilla de profesores de cada escuela para coordinar actividades y solicitar horas en la que se pudieron realizar las entrevistas.

Previo a la aplicación de las encuestas se tomaron los listados de cada grupo, para conformar el folio que permitió tener un control de los sujetos de estudio y por otro lado poder garantizar la confidencialidad de la información.

Los cuestionarios fueron diseñados para ser autoaplicados y coordinado por el investigador principal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XII. RESULTADOS.

Se estudiaron a un total de 1,641 alumnos de escuelas de nivel secundaria y bachillerato técnico, con un rango de edad de 11 a 19 años. La distribución por sexo fue para el sexo femenino de 50.8% y para el sexo masculino de 49.2%. La distribución por nivel escolar fue de 56.9% en nivel secundaria y 43.1% en el nivel bachillerato. Grafico 1

La distribución de la población de acuerdo con el familiar con el que habita, se encontró que la mayor proporción vive con ambos padres (76.0%), el vivir con uno de los padres correspondió al 21.1% y el resto vivía con algún hermano, tío, abuelos u otra persona

El estado civil de los jefes de familia con que convivían los estudiantes, eran primordialmente casados (75%), el 13.8% correspondió a padres separados, el porcentaje de padres divorciados fue de 3.7%, unión libre 4.1% y 3.4% eran viudos. Tabla 1

Según las características de las variables socioeconómicas, cuentan con casa propia el 71.5%, rentada (16.3%) y casa prestada el 5.6%. En cuanto a las características de construcción de la vivienda, el material predominante en el piso fue loseta u otro acabado (58.0%), seguido de piso de cemento (41.0%) y piso de tierra (1.0%).

El material del techo más común fue el de concreto (89.0%), lámina de asbesto o metálica fue referido en el 7.2% de los estudiantes y la lamina de cartón en el 3.2%. El 64.2% cuenta con casa habitación, 32.1% departamento y cuarto redondo 3.8%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo al índice de hacinamiento conformado entre el número de habitantes entre el número total de dormitorios, se encontró que el 99.5% no está hacinado y solamente 0.4% y 0.1% se encuentran semihacinado y hacinado respectivamente.

Todas estas variables se ponderaron de forma tal, que la menor categoría tuvo un valor tan bajo como 0, la intermedia un valor de 1 y el peso 2 a la mejor categoría, estos valores se sumaron. A la suma de estos se incorporó con los bienes y la escolaridad del jefe de familia (que también fueron ponderados). Para conformar el índice socioeconómico, a través de la prueba de distribución de densidad para conformar los puntos de corte. Como se muestra en la tabla 2, los puntos de corte para el nivel socioeconómico bajo, el 17.9% de los jóvenes tuvieron un nivel bajo, el 42.6% al nivel medio y 39.5% al nivel alto.

Dentro del núcleo familiar destaca que el 19.1% de los estudiantes refirieron presencia de violencia psicológica en sus hogares, 4.9% violencia física y el 10.8% refirieron ambos tipos de violencia.

Destaca que el nivel de percepción de desagrado de su propia familia fue de tan solo el 2.1%, el 19.3% demostraban indiferencia y el 78.5% encontraban agradable su entorno familiar.

La disfunción familiar, medida a través del APGAR familiar, mostró que el 33.8% presentaban algún grado de disfunción familiar, de ellos 24.2% presentaban disfunción moderada y 9.6% presentaban disfunción grave. Tabla 3.

La presencia de depresión obtenida a través del inventario de depresión de Beck, mostró que una prevalencia global del 47.1%, de estos el 29.4% fue depresión leve, 12.1% depresión moderada y 5.6% depresión grave, es decir 6 de cada 100 jóvenes tuvieron este grado de depresión. Tabla 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todos los resultados sobre la prevalencia de consumo de drogas adictivas, se muestran en forma separada por el antecedente de haber consumido alguna vez en su vida cualquiera de las sustancias estudiadas, así como si en el momento actual; es decir, al momento del estudio.

Así, la prevalencia del antecedente de haber consumido alguna sustancia adictiva entre los adolescentes estudiados fue del 78.8% (IC_{95%}: 76.6-88.8), 79 jóvenes de cada 100, han consumido alguna vez en su vida alguna sustancia y solo el 21.1% (IC_{95%}: 19.2-32.2) nunca han consumido cualquiera de las sustancias.

La edad de inicio de consumo de alguna droga fue en promedio de 12 y medio años. La edad de inicio para cada droga fue: tabaco 12 años, alcohol 12 años, marihuana 13 años y medio, cocaína, éxtasis, inhalantes y heroína 13 años, hongos 12 años y medio. Tabla 5

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida cualquier sustancia adictiva, según el grado de depresión, muestra que una prevalencia de la leve del 80.3% (IC_{95%}: 73.8-79.4). Tabla 6

El 75.4% (IC_{95%}: 72.9-78.0) de los consumidores actuales tenían una familia funcional, si era una familia disfuncional moderada fue del 80.3% (IC_{95%}: 79.4-86.8) y en una disfuncional grave el 81.9% (IC_{95%}: 85.5-95.0). Tabla 7

Prevalencias de consumo por tipo de drogas.

Las sustancias adictivas de mayor consumo alguna vez en la vida, fueron las drogas denominadas legales, en primer lugar se encontró al alcohol (71.3%) seguida de tabaco (59.8%), entre las drogas ilegales las prevalencias de consumo fueron: marihuana (5.0%), inhalantes (3.1%), cocaína (3.0%), sintéticas (2.4%), hongos (0.6%) y heroína (0.3%). Tabla 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, al analizar la prevalencia de consumo actual, por tipo de droga, las prevalencias cambiaron para alcohol fue del 35.8%, tabaco el 26.4%, marihuana el 1.6%, cocaína 0.9%, inhalantes 0.7%, sintéticas 0.6%, heroína 0.1% y no se reportó consumo de hongos. Tabla 9

Prevalencias de consumo por frecuencia al año.

Se clasificó el consumo de drogas de acuerdo a su frecuencia, la prevalencia en el antecedente de consumo para tabaco fue: 40.2% sin consumo, 17.4% consumo experimental, 4.9% ocasional leve, 8.5% ocasional moderado y 29.0% habitual.

Para Alcohol, no habían consumido el 28.7%, 24.7% fueron experimentales, 8.9% ocasional leve, 13.2% ocasional moderado y 24.5% son consumidores habituales.

Para Marihuana, 95% no habían consumido, 2.8% fueron consumidores experimentales, 0.4% ocasional leve, 0.7% ocasional moderado y 1.2% habitual.

Para Cocaína como se muestra, fue menor la proporción de consumo, 1.2% experimentales, 7.2% ocasional leve, 0.4% ocasional moderado y 1.2% habitual.

Como se observó para estas drogas como la heroína, también fueron menores las prevalencias de consumo, 0.1% fueron experimentales, 0.1% ocasional moderado y 0.1% habitual. Para Sintéticas, 97.6% no han consumido, 1% fueron consumidores experimentales, 0.4% ocasional leve, 0.5% ocasional moderado y 0.5% consumidores habituales. En el consumo de inhalantes el 0.9% fueron experimentales, 0.4% ocasional leve, 0.9% ocasional moderado y 1% consumidores habituales. Para el consumo de hongos alucinógenos, 0.5% fueron experimentales, 0.1% ocasional moderado y 0.1% consumidores habituales. Tabla 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se observa que cuando se interrogó sobre la frecuencia de consumo actual, se encontró que en el consumo actual de tabaco, de los que habían consumido alguna vez en la vida, el 55.4% dejaron de consumir, 0.5% consumen de manera experimental, 0.4% son ocasional leve, 2.1% ocasional moderado y 41.6% son consumidores actuales habituales, lo cual es alarmante. Tabla 11

En el consumo actual de alcohol, 49.4% dejaron de consumir, 2.5% son consumidores experimentales, 2.5% ocasional leve, 9.2% ocasional moderado. Sigue siendo importante encontrar que 37 de cada cien adolescentes pueden considerarse consumidores habituales de alcohol.

Los estudiantes que dejaron de consumir marihuana fueron el 56.1%, 4.9% son consumidores ocasionales leves, 14.6% ocasional moderado; y es alarmante que el 24.2% fueron consumidores habituales.

Los adolescentes que dejaron de consumir cocaína fueron el 96.9%, 6.1% son consumidores de manera ocasional moderada y 24.5% son consumidores habituales, semejante a lo que ocurre con marihuana, esto es también un dato que llama la atención y en el cual se debe de incidir.

Los jóvenes que habían consumido heroína y dejaron de consumir fueron el 60% y el 40% restante consumen actualmente de manera habitual. Aunque es menor el la proporción de jóvenes en esta categoría, comparado con las otras, de igual forma es importante la dependencia de este tipo de droga.

Los que dejaron de consumir drogas sintéticas fueron el 71.8%, entre los que consumen actualmente el 2.6% son ocasional leve, 5.1% ocasional moderado y 20.5% son consumidores habituales. En cuanto al consumo de inhalantes los jóvenes que dejaron de consumir fueron el 99.3%, 0.3% son consumidores actuales ocasional moderado y 0.4% son consumidores habituales. No se encontró consumo actual para hongos. Todas estas drogas que si bien un número

absoluto de jóvenes que consumen este tipo de sustancias, es menor, proporcionalmente, son muchos los que se quedan con el hábito de consumo, lo cual muestra en perspectiva, la necesidad de tomar acciones urgentes, antes de que esto no se pueda detener.

Consumo de drogas por género.

1. Antecedente de consumo.

En el consumo de tabaco no se encontró diferencias entre los géneros (RM= 0.96; IC_{95%} = 0.76-1.17), en el antecedente de consumo de alcohol tampoco se encontró diferencias (RM= 0.93; IC_{95%} = 0.75-1.16). Esto hace pensar que la incorporación de la mujer adolescente como consumidora, repercutirá notablemente en pocos años.

No así para otras drogas, como la marihuana, donde se encontró casi tres veces mayor riesgo de consumo en hombres para el consumo de marihuana (RM= 2.77; IC_{95%} = 1.09-4.65) y cocaína (RM= 2.93; IC_{95%} = 1.49-5.88), comparado con las mujeres. No se encontró diferencias en el consumo de heroína y sintéticas. En el consumo de inhalantes se encontró dos veces mayor riesgo en hombres comparados con las mujeres (RM= 2.11; IC_{95%} = 1.13-3.97) y el consumo de hongos el riesgo en hombres fue de 4 veces más, sin embargo, este riesgo no fue estadísticamente significativo (RM= 4.15; IC_{95%} = 0.82-40.25). Tabla 12

2. Consumo actual.

En el consumo actual se observaron cambios en los patrones de riesgo por sexo en algunas sustancias, en el consumo actual de tabaco se encontró 45% de exceso de riesgo en hombres en comparación con las mujeres (RM= 1.45; IC_{95%} = 1.11-1.88), en alcohol el riesgo fue de 1.4 veces más riesgo (IC_{95%} = 1.10-1.77), para marihuana no existió diferencias en el riesgo entre los géneros (RM= 0.82; IC_{95%} = 0.60-1.13), en cocaína el riesgo para el consumo actual en hombres es de

casi siete veces más riesgo que las mujeres, sin embargo no fue estadísticamente significativo (RM= 6.78; IC_{95%}: 0.80-3111.84).

Para el consumo de heroína e inhalantes no hubo riesgo entre géneros, el riesgo de consumo de drogas sintéticas fue de 1.5 veces más riesgo en hombres comparado con las mujeres, pero este riesgo no fue estadísticamente significativo (RM= 1.50; IC_{95%}: 0.27-8.96). Tabla 13

Consumo de drogas y nivel socioeconómico.

1. Antecedente de consumo

El nivel socioeconómico bajo fue tomado como referencia para comparar el antecedente de consumo por cada tipo de drogas.

En el consumo de tabaco no se encontró una diferencia entre los niveles socioeconómicos, sin embargo, en el consumo de alcohol se observó que el nivel alto tenía un exceso de riesgo del 57% (IC_{95%}: 1.15-2.13). Para el consumo de marihuana, cocaína, heroína, inhalantes y hongos no se encontró un riesgo por estratos socioeconómicos. Tabla 14

2. Consumo actual.

En el consumo actual en las sustancias de estudio no se encontró un riesgo entre los niveles medio y alto comparados con el nivel bajo, debido principalmente a que los estratos de consumo fueron muy homogéneos. Tabla 15

Consumo de drogas y antecedente de consumo en amigos.

1. Antecedente de consumo.

El antecedente de consumo entre los adolescentes y sus amigos se encontró fuertemente vinculado, según el tipo de droga que consumía el amigo. En el consumo de tabaco se encontró doce veces más riesgo de haber consumido tabaco, en cuyos amigos consumen tabaco que en los que no consumen (RM= 11.59; IC_{95%} 8.79-15.33), para el alcohol el riesgo fue 16 veces más riesgo (RM= 16.54; IC_{95%} 12.44-22.02), para marihuana el riesgo fue de 48 veces más riesgo si sus amigos habían consumido marihuana (RM= 48.20; IC_{95%} 22.78-116.85), para cocaína el riesgo fue de 35 veces más riesgo (RM= 35.07; IC_{95%} 15.53-82.22), en el antecedente de consumo de heroína el riesgo de haber consumido y sus amigos también fue de casi 48 veces más en comparación con aquellos en los que sus amigos no habían consumido esta sustancia (RM= 47.67; IC_{95%} 5.28-575.82).

Para el consumo de drogas sintéticas el riesgo fue de 33 veces (RM= 33.24; IC_{95%} 14.77-76.93), si los amigos habían consumido inhalantes el riesgo de antecedente de consumo de esta sustancia fue de 18 veces más en comparación con aquellos cuyos amigos no habían consumido esta sustancia (RM= 18.57; IC_{95%} 9.61-36.27), pero en el antecedente de consumo de hongos no fue estadísticamente significativa. Tabla 16

2. Consumo actual

Como se observa, existe una disminución en los riesgos, cuando se analizó el consumo actual, así se tiene que el consumo de tabaco se encontró asociado con el consumo de tabaco en amigos (RM= 11.28; IC_{95%} 6.88-18.70), en alcohol el riesgo de consumo actual cuando los amigos consumen fue de casi 11 veces más en comparación con el grupo de amigos no consumidores de alcohol (RM= 10.75; IC_{95%} 7.05-16.50).

En el consumo de heroína se asoció casi 31 veces, sin embargo, no fue estadísticamente significativo. el riesgo de consumo de sustancias sintéticas fue de 79 veces más (RM= 78.90; IC_{95%}, 10.76-3460.3), el consumo de inhalantes asociado a los amigos que consumen este tipo de sustancias, es de casi 19 veces más riesgo (RM= 18.57; IC_{95%}, 6.25-291.82). Tabla 17

Depresión.

1. Antecedente de consumo.

El antecedente de consumo de tabaco se encontró asociado con cada uno de los grados de depresión, el cual fue medido a través del inventario de Beck, para depresión leve se encontró un exceso de riesgo del 52% en comparación con estudiantes que no tienen depresión, para depresión moderada el exceso de riesgo fue del 87% y para depresión grave casi 4 veces más de riesgo. Tabla 18

El antecedente de alcohol solo se asoció cuando la depresión era grave (RM= 1.84), sin embargo en el consumo de marihuana, si se encontró asociado con cada uno de los niveles de depresión, en el caso de la depresión leve y moderada el riesgo es casi de dos veces en comparación a los que no se encuentran deprimidos y cuando la depresión era grave el riesgo se incrementaba a tres veces más riesgo.

En el consumo de cocaína solo se encontró asociación en la depresión grave (RM= 3.08, P= 0.002). El antecedente de consumo de heroína se encontró un riesgo de 14 veces mayor que los no deprimidos. Igualmente en el antecedente de haber consumido drogas sintéticas el riesgo se presentó en aquellos que padecían depresión grave (RM= 10.58)

En el consumo de inhalantes el riesgo de consumo con depresión grave fue de hasta 7 veces más riesgo y en el consumo de hongos el riesgo de haber

consumido esta droga cuando se presentó depresión grave fue de hasta 50 veces mayor.

2. Consumo actual.

En el consumo actual de tabaco solo se encontró asociación cuando se presentaba depresión leve (RM= 1.31). Para el consumo de alcohol el riesgo fue de casi dos veces más riesgo cuando se presentaba depresión grave y en el resto de las drogas no se encontró asociación con algún grado de depresión. Tabla 19.

Disfunción familiar.

1. Antecedente de consumo.

La funcionalidad familiar fue determinada a través del APGAR familiar, en donde se clasificó al núcleo familiar en tres niveles: familia funcional, disfuncional moderada y disfuncional grave.

Cuando se observó el antecedente de consumo por tipo de droga y el grado de disfuncionalidad, en el antecedente de consumo de tabaco se encontró que en general el pertenecer a una familia disfuncional tiene casi dos veces más riesgo de presentar el antecedente de consumo en comparación con aquellos adolescentes pertenecientes de familias funcionales. Cuando se exploró el antecedente de consumo de tabaco por grado de disfunción aquellos con familias disfuncionales moderadas tienen 65% de exceso de riesgo (IC_{95%} = 1.57-2.46) y los adolescentes con familias disfuncionales graves tienen hasta tres veces más riesgo (RM=3.25; IC_{95%} = 2.13-4.99).

En el antecedente de consumo de alcohol, el pertenecer a una familia disfuncional tiene un exceso de riesgo del 42% comparado con familias funcionales. Según el

nivel de disfunción, solo en la disfunción grave se encontró un riesgo significativo (RM= 2.25; IC_{95%} 1.42- 3.59).

Para el antecedente de consumo de marihuana el riesgo de pertenecer a una familia disfuncional y haber consumido marihuana alguna vez en la vida el riesgo es de tres veces más que aquellos con familias funcionales (RM= 2.75; IC_{95%} 1.74- 4.48), por grado de disfunción se observó que en aquellos con familias disfuncionales moderadas el riesgo es de dos veces más (IC_{95%} 1.27-3.78) y aquellos con familias disfuncionales graves el riesgo fue de cuatro veces más riesgo (RM= 4.3; IC_{95%} 2.37-7.77).

El antecedente de consumo de cocaína está presente casi tres veces más cuando se procede de una familia disfuncional, por grado de disfunción se encontró que las familias disfuncionales moderadas tienen dos veces más riesgo de presentar un antecedente de consumo de esta droga (IC_{95%} 1.05-3.52) y en los estudiantes con familias disfuncionales graves el riesgo fue de dos veces más pero no fue estadísticamente significativa.

Para el antecedente de consumo de heroína se encontraron riesgos pero ninguno fue estadísticamente significativo. El antecedente de consumo de sustancias sintéticas estuvo asociado con el grado de disfunción familiar, los jóvenes con familias disfuncionales tuvieron 4 veces más riesgo de presentar el antecedente de consumo que los jóvenes con familias funcionales y de acuerdo al grado de disfunción se observó que los estudiantes con familias disfuncionales moderadas tienen tres veces más riesgo de haber consumido estas drogas y hasta ocho veces más riesgo cuando se procede de una familia disfuncional grave.

Para el consumo de inhalantes alguna vez en la vida, el provenir de una familia disfuncional tiene tres veces más el riesgo de haber consumido inhalantes y por grado de disfunción solo se observó riesgo cuando se tiene una familia disfuncional grave (RM= 4.07; IC_{95%} 1.89-8.99) Tabla 20.

2. Consumo actual.

Para el consumo actual de tabaco en adolescentes con familias disfuncionales se encontró un exceso de riesgo del 68% (IC_{95%}: 1.29-2.19); según el grado de disfunción, aquellos con familias disfuncionales moderadas el riesgo de consumo es de 1.58 veces más que en los jóvenes con familias funcionales y cuando se pertenece a una familia disfuncional grave el riesgo se incrementa a dos veces.

Para el alcohol el exceso de riesgo presente en jóvenes con familia disfuncional fue del 50% (IC_{95%}: 1.17-1.92) y por grado de disfunción se encontró que al pertenecer a familias disfuncionales moderadas tienen un exceso de riesgo del 60% (IC_{95%}: 1.2-2.14) y en las disfuncionales graves no se encontró riesgo. Para el consumo de marihuana y demás drogas tampoco se encontró alguna asociación. Tabla 21.

Consumo de drogas en familiares.

1. Antecedente de consumo

Cuando se analizó el antecedente de consumo en la población de estudio en relación al consumo familiar de la misma droga referida por el adolescente, se obtuvieron riesgos estadísticamente significativos para el consumo de tabaco cuando la madre ha consumido esta sustancia (RM=1.48; IC_{95%}: 1.02-2.14), al igual que el tío (RM=1.42; IC_{95%}: 1.07-1.87) y el hermano (RM=2.26; IC_{95%}: 1.36-3.77).

Para el alcohol se encontró asociación si había consumido el abuelo paterno (RM=1.95; IC_{95%}: 1.28-2.99), la abuela materna (RM=2.46; IC_{95%}: 1.56-3.85), padre (RM=2.15; IC_{95%}: 1.52-3.04), la madre (RM=1.86; IC_{95%}: 1.20-2.69) y tío (RM=1.86; IC_{95%}: 1.28-2.69). Es decir, que la influencia de la familia aparte de estar asociado con el consumo, repercute el tipo de familiar que consumió alcohol.

La asociación entre el antecedente de consumo de marihuana se encontró solo en el abuelo paterno (RM=8.33; IC_{95%}: 1.03-59.57), padre (RM=8.20; IC_{95%}: 2.43-24.48), tío (RM= 5.46; IC_{95%}: 3.03-9.79) y hermano (RM= 6.76; IC_{95%}: 2.75-15.82).

Para el antecedente de consumo de cocaína no existió asociación estadísticamente significativa, pero en el caso de la heroína se encontró asociación cuando el tío había consumido esta sustancia con un riesgo de 40 veces mayor comparado con el no consumo del tío.

En el caso del antecedente de consumo de sustancias sintéticas el riesgo en caso de que el tío había consumido estas sustancias fue de 6 veces mayor que si no hubiese consumido, si el hermano había consumido el riesgo fue de tres veces mayor. Para el consumo inhalantes se encontró asociación cuando el tío había consumido esta droga (RM= 3.7%, IC_{95%}: 1.47-9.53) al igual que los hermanos (RM= 11.82; IC_{95%}: 3.66-37.49). Tabla 22.

2. Consumo actual

Para los consumidores actuales de tabaco no encontró asociación con el consumo de algún familiar. En el consumo de alcohol, el que la abuela paterna haya consumido alcohol tuvo un exceso de riesgo del 85% (IC_{95%}: 1.06-3.2), para el padre y la madre fue de casi dos veces más riesgo (IC_{95%}: 1.23-2.79 y 1.25-2.80 respectivamente), en los tíos fue también de dos veces más riesgo (IC_{95%}: 1.97-3.16). El consumo de marihuana y demás drogas no se encontró asociación con algún familiar. Tabla 23.

Una vez identificadas las variables que se asociaron al antecedente de consumo y al consumo actual de drogas, se probaron varios modelos que explicaran, mediante un análisis de regresión logística no condicional, el consumo de drogas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dos modelos fueron considerados y se presenta en las tablas 25 y 26. Las variables que mejor hicieron parsimonioso el modelo para el antecedente de consumo fueron el haber reprobado algún año escolar, tuvo 1.7 veces mayor riesgo de haber consumido alguna sustancia adictiva, presencia de violencia intrafamiliar, mostró 1.56 veces mayor riesgo, la mala percepción del entorno familiar tuvo 1.69 veces mayor riesgo, para consumir alguna sustancia adictiva. El riesgo de consumo en amigos, tuvo el mayor riesgo 15 veces mayor, mientras que el consumo de alguna droga por algún familiar, el riesgo fue tan solo 1.49 veces mayor, y por último el nivel socioeconómico alto, presentó 1.79 veces mayor riesgo, al compararlo con el nivel más bajo, Tabla 25

Para el segundo modelo en cuanto al consumo actual, se observa que los riesgos cambian, el reprobado un año cambia a 2.37 veces más, la violencia intrafamiliar 3.10 veces mayor riesgo, la mala percepción de la familia también 3 veces mayor riesgo, lo mismo que el consumo de drogas por amigos se incrementa el riesgo a 17.69 veces más y por último con el nivel socioeconómico medio y alto el riesgo es 2 veces mayor, Tabla 26

XIII DISCUSIÓN.

El presente estudio muestra la caracterización de la población estudiada, acerca de la magnitud que cobra, el consumo de sustancias adictivas, mostradas según si ha consumido alguna vez en la vida y el consumo actual. Estas prevalencias son mayores a los obtenidos en otros estudios, tanto a nivel nacional como local.

Este incremento de consumo se observa en cada una de las sustancias estudiadas. En cuanto a la edad de inicio de consumo se encontró para todas las drogas el promedio de edad de inicio de consumo se encuentra en los doce años, como lo encontraron, en otros estudios. Sin embargo, llama la atención que las edades mínimas de consumo se están presentando a edades de hasta 6 años.

En relación a la frecuencia de consumo se encontró que, en todas las drogas en consumo está concentrado en el grupo de experimental, pero llama la atención de que el primer contacto de los jóvenes con las sustancias adictivas, inician como consumidores habituales, lo cual no se ha señalado en otros estudios.

En los resultados encontrados para aquellos que son consumidores actuales, se encuentra que en el alcohol, tabaco, marihuana y heroína cerca de la mitad deja de consumir estas sustancias, aunque la otra mitad continúa consumiendo sobre todo de manera habitual. El mismo patrón pero con una menor proporción se encontró en el consumo de inhalantes, drogas sintéticas y cocaína, lo cual tampoco se había documentado en otros estudios previos actuales.

En relación al consumo alguna vez en la vida por sexo, en el consumo de marihuana, cocaína e inhalantes sigue predominando el consumo en el sexo masculino, como lo han mostrado la mayoría de los estudios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, para el consumo de tabaco, alcohol y las drogas restantes no muestran diferencias entre los géneros, lo cual muestra la tendencia de consumo durante los últimos 10 años y que actualmente, de acuerdo a los resultados obtenidos son iguales.^{13,14}

Para el consumo actual, el sexo masculino resultó ser un factor fuertemente asociado para el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, en relación a las demás drogas no se encontró diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados concuerdan con los encontrados por otros autores.^{15-16, 20, 22, 24, 25}

El consumo alguna vez en la vida de acuerdo al nivel socioeconómico, solo se encontró asociado al antecedente de consumo de alcohol, donde el pertenecer al nivel alto comparado con el bajo tiene un exceso de riesgo del 57%, el cual concuerda con lo encontrado por Caballero y colaboradores.¹⁷

En el presente estudio llama la atención que en el resto de las drogas no se encontró asociación, se observó un patrón muy homogéneo para el antecedente de consumo en cada uno de los niveles socioeconómicos. Para el consumo actual tampoco se encontró asociación entre el nivel socioeconómico con alguna de las sustancias estudiadas y que es contrario a estudios como el de Unikel y colaboradores en donde por ejemplo el consumo de cocaína es mayor en los estratos socioeconómicos medios.¹⁸

En relación al antecedente de consumo y el consumo en amigos, se observó una fuerte asociación en todas las drogas excepto en el consumo de hongos.

También para el consumo actual, el impacto del antecedente de consumo en amigos se asocia fuertemente, para todas las drogas. Y que concuerda con estudios previos.¹⁹

Con respecto a la depresión, por antecedente de consumo, se encontró que el antecedente de consumo en todas las drogas, excepto alcohol y heroína esta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

fuertemente asociado sobre todo en la depresión grave. Entre los consumidores actuales solo se encontró una tendencia significativa según el grado de depresión para el consumo de tabaco y alcohol, resultado que contrasta con el efecto antidepressivo del tabaco. Estos resultados contrastan con los encontrados en otros estudio en donde se reportó su asociación con el consumo actual de tabaco una $RM= 2.53$, ($P < 0.001$) y para el consumo actual de alcohol $RM= 2.82$ ($P < 0.001$).²⁷

En los resultados obtenidos de acuerdo a la funcionalidad familiar, entre los adolescentes con antecedente de consumo se mostró una asociación fuerte sobre todo en los provenientes de familias disfuncionales graves en alguna drogas como tabaco, alcohol, marihuana, sintéticas e inhalantes, pero esta asociación se pierde entre los consumidores actuales a excepción de tabaco.

En relación al papel del consumo entre los familiares, se encontró que los parientes más cercanos (padre, madre, tíos y hermanos) son los que más se asocian al antecedente de haber consumido alguna sustancia, sin embargo, esta asociación disminuye e incluso no se encuentra entre los consumidores actuales. Sin embargo, no se cuenta con investigaciones previas para poder comparar los resultados.

Tomando en cuenta estos resultados y los obtenidos en el consumo de amigos, aparentemente existen factores extrafamiliares que se encuentran asociados al consumo actual de drogas.

Es importante señalar que si bien, las relaciones que se están estableciendo, muchas son estadísticamente significativas, tenemos la limitante por diseño de la ambigüedad temporal; aun así, estos hallazgos nos permiten tener un perfil más eficiente de jóvenes en riesgo, en los que destaca, que cuando empiezan a experimentar los factores familiares influyen de manera importante, y posteriormente los procesos que se habitan al consumo y dejan en la familia de

tener un fuerte componente, y son los amigos (es decir, el ambiente externo) el que más influye en esta población. Estos resultados son comparables con los hallazgos documentados en otros estudios. Otro de los puntos vulnerables del estudio lo constituye la falta de información sobre qué tanto se consume por sustancia, debido a que si bien existen adolescentes clasificados en consumo habitual, no es comparable si alguno de estos tiene un alto consumo de cualquiera de las sustancias, en relación a aquellos que solo consumen en reuniones sociales, por ejemplo alcohol o tabaco.

El número de sustancias al inicio está relacionado con la probabilidad de dejar de consumir la droga, por ejemplo, aquellos que iniciaron con una sustancia cerca del 60% dejan de consumirla y los que consumieron cinco a más sustancias no han dejado de consumirlas, también se observó que la mayoría de los que consumieron alguna droga consumen de una a tres sustancias (92.75%). Entre las drogas de inicio más frecuentes se encuentra el tabaco, alcohol y ambos, drogas que son denominadas legales y de consumo a mayores de 18 años y que posteriormente se inician con drogas más fuertes. Tabla 24

XIV CONCLUSIONES.

El consumo de drogas en nuestro país es un problema de salud que presenta de manera alarmante altas prevalencias de consumo en los adolescentes estudiados. Este fenómeno muy dinámico afecta tanto a la salud del individuo, como al entorno social en el cual está insertado.

Los resultados obtenidos dan un panorama del consumo global y por tipo de sustancia adictivas entre los estudiantes de 11 a 19 años de las escuelas estudiadas, enmarca también los cambios en el consumo sobre todo entre el género femenino que ha emulado el consumo entre los hombres.

El papel de la familia como un elemento inicial para el consumo, se ve sustituido por otros factores para el consumo actual.

Los altos porcentajes de depresión y de disfunción familiar en la población de estudio pero principalmente entre los consumidores, presentan un panorama grave que es impostergable tratar ya que son factores que afectan la convivencia familiar y social.

Hasta el momento los esfuerzos realizados para la prevención del consumo de drogas en nuestro país parece ser ineficiente. La transición de consumo de drogas en nuestro país se modifica día a día, por lo que este tipo de estudio nos permite conocer las características asociadas al consumo en nuestra sociedad y en base a los resultados obtenidos, podrán utilizarse para establecer estrategias dirigidas a poblaciones en riesgo, por un lado, y por otro lado reforzar las acciones que se están realizando a nivel nacional, abordando el problema de manera multidisciplinaria y apegados a los procesos conductuales de los propios adolescentes.

Intervenir temprano en este problema, que es de gran magnitud actualmente en el país, repercutirá en el futuro, permitiendo que la inserción de estos jóvenes,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

tanto al mercado de trabajo como en todas las actividades de la nación, pueda darse en plenitud.

El combate al consumo de drogas abarca campos diversos y complejos que van desde la educación y socialización en el entorno familiar hasta factores sociales, económicos y políticos que determinan la producción, oferta, demanda y accesibilidad a estas sustancias a los adolescentes.

A pesar de que los estudios de prevalencia no nos permiten hacer inferencias causales, sí nos permite determinar posibles hipótesis de variables que se encuentran asociadas y que nos permite en un futuro abordarlas bajo otro esquema de diseño, con el propósito de hacer consistente la necesidad de abordar este problema con el establecimiento de políticas de prevención dirigidas a este grupo de edad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 12 abril 2000. Diario Oficial de la Federación.
2. Solomon P. **Manual de psiquiatría.** 2ª ed. Manual moderno. México D. F. 1978: 190-200.
3. Tiner LM, Papadakis MA, Mc Phee SJ. **Diagnóstico clínico y tratamiento.** 29ª ed Interamericana México D. F. 1994; 875-82
4. Katzung GB **Farmacología básica y clínica.** 4ª ed. Manual moderno. México D. F. 1991. 74-7. 282-90. 392-94.
5. Wilson J, Braundwald E, Isselbacher KJ, Petersdof RG, et. al. **Principios de medicina interna** - 12ª ed. Interamericana México D. F. 1994; 2498-2505
6. Informe sobre drogas. CONADIC [en línea] 2001 (fecha de acceso 3 de junio, 2001) URL disponible en [http:// www.cenids.insp.mx/conadic/abc.htm](http://www.cenids.insp.mx/conadic/abc.htm)
7. Tapia-Conyer R, Medina-Mora ME, De la Fuente R, Kumate J. **La Encuesta Nacional de Adicciones en México.** Salud Publica Mex 1990;32(5):507-522
8. Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, Unikel C, González L. **Aportes metodológicos al estudio de las adicciones. Estado actual y perspectivas.** Salud Médica 1996;19 supl: 1-7.
9. Información sobre oferta, demanda y consumo de sustancias adictivas SSA CONADIC 1999. (Folleto informativo)
10. Las drogas y sus usuarios. Secretaría de Salud y CONADIC. México 1992.
11. Berenzon S, Medina-Mora ME, Carreno S, Juárez F, Villatoro J, Rojas E. **Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal.** 1993. Salud Mental 1996;19(1):1-6.
12. González G, Cedeno M, Penna M, Caris L, Delva J, Anthony JC. **Estimated occurrence of tobacco, alcohol, and other drug use among 12- to 18-**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- year- old students in Panama: Results of Panama's 1996 National Youth Survey on Alcohol and Drug Use.** Pan Am J Public Health 1999;5(1):9-16.
13. INFOFAX National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. NIDA [en línea] 2001 (fecha de acceso 11 de enero de 2001). URL disponible en [http:// www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)
14. National Drug Strategy Household Survey 1988
15. Unikel C, Galván J, Soriano A, Villatoro J, Ortiz A, Rodríguez E. **Evolución del consumo de cocaína en México y su presencia entre las clases menos favorecidas.** Salud Mental 1998; 21(2):29-38
16. Villatoro JA, Medina-Mora ME, Cardes H, Feliz C, Alcázar E, Hernández S y otros. **La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México.** Salud Mental 1999; 22(2): 18-30
17. Caballero R, Madrigal Fabian E, San Martín AH, Vilasóñor A. **El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en los adolescentes de diferentes estados socioeconómicos de Guadalajara.** Salud mental 1999; 22(4):1-8.
18. Rojas GE, Feliz C, Medina-Mora ME, Moron MA, Doménech RM. **Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo.** Salud Pub Mex 1999;41(4):297-306
19. Cobos-Aguilar H, Banda-Martínez MR. **Consumo de alcohol adolescencia.** Rev Med IMSS 1993;31:279-281.
20. Rojas E, Medina-Mora ME, Juárez F, Carreño S, Villatoro J, Berenzon S, et al. **El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México.** Salud Mental 1995;18(3):22-27.
21. Natera G, Ortiz A, Casco M, Mora J. **Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México.** Salud Mental 1991;14(4):33-41.
22. Rojas GE, Medina-Mora ME, Galvan RJ, Carreño GS, Juárez GF, Berenzon GS, et al. **Prevalencia de consumo de drogas en población escolar.** Salud Mental 1993;16:411-7
23. Berengano J, San LL, Carvajal H. **El consumo de drogas en la mujer cortarricense. Evolución de cinco años.** Salud Mental 1999;22(2):41-48.

24. Caraveo AJ, Colmenares BE, Saldivar HG. **Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México.** Salud Pùb Mex 1999;41(3):177-88.
25. Velásquez MG, López BC, Borges G, Pelcastre VB. **Prevalencia y consumo de tabaco de una población estudiantil de siete escuelas secundarias del D.F.** Salud Mental 1992;15(3):42-47.
26. Natera RG, Borges G, Medina-Mora ME, Solís RL, Tiburcio SM. **La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres.** Salud Pub Mex 2001;43(1):17-25
27. Berenzon S, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Alcantar ME, Navarro C. **El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México.** Salud Mental 1999;22(4):20-25
28. Lanadio-Laborin R, Moreno C, Woodruff SI, Vargas R, Sallis JF, Elder JP., **Tabaquismo en niños y adolescentes de la ciudad de Tijuana, México.** Bol Med Hosp Inf Mex 1994;51(8):528-534
29. Nasar-Beutelspacher A, Tapia-Conyer R, Villa-Romero A, León-Alvarez G, Medina- Mora ME, Salvatierra-Izaba B. **Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de las áreas urbanas de México.** Salud Pub Mex 1994;36(6):646-54.
30. Sutherland I, Shepherd JP. **Social dimentions of adolescent substance use.** Addiction 2000;96:445-458.
31. Ortiz A, Soriano A, Galván J, Flores JC, Rodríguez E. **Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas".** Tendencias en el área metropolitana No. 27, Noviembre, 1999. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
32. Covillos-Rivera JJ, Ochoa-Muñoz J, Cortez-Perez E. **Depresión en la adolescencia y su relación con actividad deportiva y consumo de drogas.** Rev Med IMSS 2000;38(5):371-379

33. Rutger CM, Engels ME, Knibber RA, Drop MJ. Predictability of smoking in adolescence: between optimistic and pessimistic. *Addiction* 1999;94(1):115-124.
34. Escobedo LG, Reddy M, Giovino GA. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescent. *Addiction* 1998;93(3):443-440.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Distribución según las características sociodemográficas de los adolescentes estudiados

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	808	50.8
Femenino	833	49.2
Escuelas estudiadas		
Secundaria Carlos Cravez	437	26.6
Secundaria Frida Kahlo	497	30.3
CONALEP Iztapalapa II	240	14.6
CETIS 56	467	28.5
Familiar con el que habita		
Ambos padres	1,247	76.0
Uno de los padres	348	21.2
Tío	21	1.3
Hermano	8	0.5
Abuelos	15	0.9
No familiar	2	0.1
Estado civil de los jefes de familia		
Casados	1,231	75.0
Separados	227	13.8
Divorciados	61	3.7
Viudos	55	3.4
Unión libre	67	4.1

Gráfico 1. Distribución por sexo y nivel escolar de los adolescentes estudiados

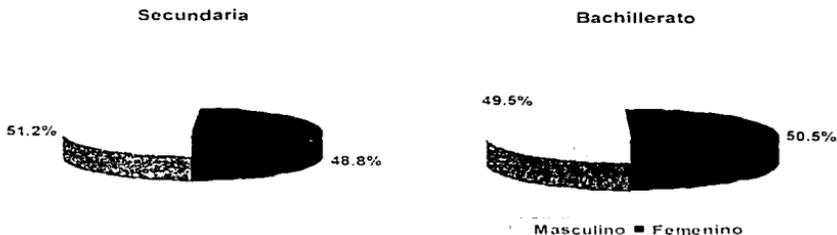


Tabla 2. Distribución según las características socioeconómicas de los adolescentes estudiados

Variable	N	%
Propiedad de la vivienda		
Propia	1,281	78.1
Rentada	268	16.3
Prestada	92	5.6
Piso		
Tierra	18	1.0
Cemento	672	41.0
Loseta u otro acabado	951	58.0
Techo		
Lamina de cartón	52	3.2
Lamina de asbesto o metálica	119	7.2
Concreto	1,470	89.6
Tipo de vivienda		
Casa habitación	1,051	64.1
Departamento	527	32.1
Cuarto redondo	62	3.8
Hacinamiento		
No hacinado (<1.5 personas)	1,633	99.5
Semi-hacinado (1.5 - 3.5 personas)	6	0.4
Hacinado (>3.6 personas)	2	0.1
Agua potable		
Si	1,608	96.9
No	33	3.1
Drenaje		
Si	1,608	98.0
No	33	2.0
Teléfono		
Si	1,377	83.9
No	264	16.1
Computadora		
Si	650	39.6
No	991	60.4
Internet		
Si	331	20.2
No	1,310	79.8
Automóvil		
Ninguno	840	51.2
Uno	535	32.6
Dos	109	11.6
Tres	46	2.8
Cuatro y más	30	1.8
Nivel socioeconómico ¹		
Bajo	293	17.9
Medio	699	42.6
Alto	649	39.5

¹ Una vez ponderadas las variables relacionadas con las características de la vivienda, la escolaridad del jefe de familia y las propiedades, se buscaron los puntos de corte por medio de la prueba de función de distribución, para conformar el índice de nivel socioeconómico con los siguientes puntos de corte: Bajo: menor de 12 puntos, Medio: 13 a 15 puntos, Alto: 16 y más puntos.

Tabla 3. Distribución de la población de acuerdo a características familiares, de los adolescentes estudiados

Variable	N	%
Violencia Intrafamiliar ¹		
Física	80	4.9
Psicológica	313	19.1
Ambás	178	10.8
Ninguna	1,070	65.2
Percepción del núcleo familiar		
Desagradable	35	2.1
Da igual	317	19.3
Agradable	1,289	78.5
APGAR Familiar ²		
Funcional	1,057	66.2
Disfuncional moderada	397	24.2
Disfuncional grave	157	9.6

¹ Violencia Física: Solo golpes, bofetos o empujones. Violencia psicológica: Insultos, ofensas o amenazas.

² Consta de 21 preguntas, cada una tiene tres opciones y la suma de estas se clasificó de acuerdo a puntos de corte y 33.66 para este instrumento.

Tabla 4. Distribución de la población estudiada por grado de depresión, de los adolescentes estudiados

Depresión*	N	%
Sin depresión	868	52.9
Depresión		
• Leve	482	29.4
• Moderada	199	12.1
• Grave	92	5.6
*No depresión	0-9 puntos	
Depresión moderada	10-24 puntos	
Depresión leve	10-18 puntos	
Depresión grave	25-30 puntos	

Tabla 5. Promedios de edad de inicio por sustancia de consumo de los adolescentes estudiados

Sustancia	Media de edad	Mínimo	Máximo
Tabaco	12.00*	6	18
Alcohol	12.00*	5	18
Marihuana	13.46	8	17
Cocaína	13.10	8	17
Heroína	13.00	9	19
Éxtasis	13.10	9	17
Inhalante	12.96	9	17
Hongo	12.50	10	17

*Medianas

Tabla 6. Prevalencia de depresión por grados, según antecedente de consumo de sustancias adictivas, de los adolescentes estudiados

Depresión	Consumo de sustancia adictiva		
	Ninguna %	%	Alguna IC _{95%}
Sin depresión	23.4	76.6	73.8-79.4
Leve	19.7	80.3	76.7-83.8
Moderada	18.1	81.9	76.6-83.3
Grave	15.2	84.8	75.8-91.4

Tabla 7. Prevalencia de funcionalidad familiar según antecedente de consumo, de los adolescentes estudiados

Depresión	Consumo de sustancia adictiva		
	Ninguna %	%	Alguna IC _{95%}
Funcional	24.6	75.4	72.9-78.0
Disfuncional leve	16.4	83.6	80.0-87.3
Disfuncional severa	8.3	91.7	86.3-95.5

Tabla 8. Prevalencia de antecedente de consumo de sustancias adictivas de los adolescentes estudiados

Sustancia	Antecedente de consumo		
	Nunca	Alguna vez	
	%	p*	IC 95%**
Tabaco	40.2	59.8	57.5-62.2
Alcohol	28.7	71.3	69.1-73.5
Marihuana	95.0	5.0	4.0-6.2
Cocaína	97.0	3.0	2.2-3.9
Heroína	99.7	0.3	0.1-0.7
Sintéticas	97.6	2.4	1.7-3.2
Inhalantes	96.9	3.1	2.3-4.1
Hongos	99.4	0.6	0.3-0.98

*Prevalencia en porcentaje

** Intervalos de confianza al 95%

Tabla 9. Prevalencia de consumo actual de sustancias adictivas de los adolescentes estudiados

Sustancia	Consumo actual		
	Abandono de consumo	Actual	
	%	p*	IC 95%**
Tabaco	33.2	26.7	24.6-28.8
Alcohol	35.5	35.8	33.5-38.2
Marihuana	3.4	1.6	1.0-2.3
Cocaína	2.1	0.9	0.5-1.4
Heroína	0.2	0.1	0.01-0.5
Sintéticas	1.8	0.6	0.03-1.1
Inhalantes	2.4	0.7	0.3-1.1
Hongos	0.6	0	-----

*Prevalencia en porcentaje

** Intervalos de confianza al 95%

Tabla 10. Prevalencia de antecedente de consumo según consumo al año de los adolescentes estudiados

Consumo	Sustancia*						
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Heroína	Sintéticas	Hongos
Sin consumo	40.2	28.7	95.0	97.0	99.7	97.6	99.3
Experimental	17.4	24.7	2.8	1.2	0.1	1.0	0.5
Ocasional leve	4.9	8.9	0.2	0.2	---	0.4	---
Ocasional moderado	8.5	13.2	0.7	0.4	0.1	0.5	0.1
Habitual	29.0	24.5	1.2	1.2	0.1	0.5	0.1

*Prevalencia en porcentaje

Tabla 11. Prevalencia de consumo al año, por tipo de sustancia de los adolescentes estudiados

Consumo	Sustancia*							
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Heroína	Sintéticas	Inhalantes	Hongos
Sin consumo	55.4	49.4	56.1	96.4	60.0	71.8	99.3	---
Experimental	0.5	2.5	---	---	---	---	---	---
Ocasional leve	0.4	2.5	4.9	---	---	2.6	---	---
Ocasional moderado	2.0	9.2	14.6	6.1	---	5.1	0.3	---
Habitual	41.6	36.5	24.2	24.5	40.0	20.5	0.4	---

*Prevalencia en porcentaje

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 12. Prevalencia de antecedente de consumo de sustancias adictivas por sexo, de los adolescentes estudiados

Sustancia	Sexo	Antecedente de consumo		RM [*] (IC _{95%}) ^{**}	P
		Si	No		
Tabaco	Masculino	479	329	0.98 (0.78-1.17)	0.65
	Femenino	503	303	1.00	
Alcohol	Masculino	570	238	0.93 (0.75-1.16)	0.5
	Femenino	600	233	1.00	
Marihuana	Masculino	59	749	2.77 (1.66-4.68)	<0.0001
	Femenino	23	810	1.00	
Cocaína	Masculino	36	772	2.94 (1.49-5.88)	<0.0001
	Femenino	13	820	1.00	
Heroína	Masculino	2	806	0.69 (0.08-6.01)	0.51
	Femenino	3	830	1.00	
Sintéticas	Masculino	19	789	0.98 (0.50-1.93)	0.95
	Femenino	20	813	1.00	
Inhalantes	Masculino	34	774	2.11 (1.13-3.97)	0.01
	Femenino	17	818	1.00	
Hongos	Masculino	8	800	4.15 (0.82-40.25)	0.06
	Femenino	2	831	1.00	

* Razón de momios de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

Tabla 13. Riesgo de antecedente de consumo según sexo de los adolescentes estudiados

Sustancia	Sexo	Antecedente de consumo		RM [*] (IC _{95%}) ^{**}	P
		Si	No		
Tabaco	Masculino	234	245	1.45 (1.11-1.88)	<0.0001
	Femenino	200	303	1.00	
Alcohol	Masculino	311	259	1.40 (1.10-1.77)	<0.0001
	Femenino	277	323	1.00	
Marihuana	Masculino	8	41	0.82 (0.26-2.58)	0.71
	Femenino	8	15	1.00	
Cocaína	Masculino	13	23	6.78 (0.80-311.84)	0.08
	Femenino	4	12	1.00	
Heroína	Masculino	2	806	0.69 (0.08-6.01)	0.51
	Femenino	3	830	1.00	
Sintéticas	Masculino	6	13	1.50 (0.27-8.96)	0.60
	Femenino	4	16	1.00	
Inhalantes	Masculino	7	27	0.84 (0.17-4.67)	0.54
	Femenino	4	13	1.00	

Heroína y heroína más muestra debido al no consumo en alguna de las celdas.

* Razón de mallas de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 14. Riesgo de consumo de sustancias adictivas según nivel socioeconómico de los adolescentes estudiados

Sustancia	Nivel socioeconómico	RM*	(IC95%)**	P	X ² tendencia	P
Tabaco	Bajo	1	---	---	0.08	0.78
	Medio	1.01	(0.76-1.35)	0.93		
	Alto	1.04	(0.77-1.39)	0.80		
Alcohol	Bajo	1	---	---	8.66	<0.0001
	Medio	1.30	(0.96-1.75)	0.80		
	Alto	1.57	(1.15-2.13)	0.003		
Marihuana	Bajo	1	---	---	0.42	0.51
	Medio	1.27	(0.63-2.62)	0.48		
	Alto	1.29	(0.63-2.69)	0.45		
Cocaína	Bajo	1	---	---	0.02	0.63
	Medio	1.33	(0.54-3.72)	0.52		
	Alto	1.30	(0.52-3.68)	0.56		
Heroína	Bajo	1	---	---	0.45	0.50
	Medio	1.26	(0.10-66.39)	1.00		
	Alto	0.45	(0.01-36.49)	0.53		
Síntéticas	Bajo	1	---	---	0.02	0.43
	Medio	2.02	(0.69-8.23)	0.20		
	Alto	1.83	(0.58-7.57)	0.28		
Inhalantes	Bajo	1	---	---	0.33	0.56
	Medio	1.39	(0.57-3.58)	0.50		
	Alto	1.37	(0.55-3.85)	0.48		
Hongos	Bajo	1	---	---	0.72	0.13
	Medio	2.10	(0.23-99.84)	0.50		
	Alto	1.81	(0.18-42.72)	0.60		

* Razón de momios de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

Tabla 15. Riesgo de consumo de sustancias adictivas por tipo y por nivel socioeconómico de los adolescentes estudiados

Sustancia	Nivel socioeconómico	RM*	(IC95%)**	P	χ^2 tendencia	P
Tabaco	Bajo	1	---	---	0.51	0.47
	Medio	0.84	(0.58-1.23)	0.35		
	Alto	1.06	(0.73-1.54)	0.76		
Alcohol	Bajo	1	---	---	4.75	0.03
	Medio	0.97	(0.68-1.37)	0.96		
	Alto	1.33	(0.94-1.89)	0.96		
Marihuana	Bajo	1	---	---	0.60	1
	Medio	0.58	(0.18-4.87)	0.55		
	Alto	0.96	(0.20-5.31)	0.52		
Cocaína	Bajo	1	---	---	0.60	0.44
	Medio	1.43	(0.18-18.11)	1.00		
	Alto	0.43	(0.06-9.03)	0.63		
Sintéticos	Bajo	1	---	---	0.96	0.54
	Medio	0.27	(0.02-5.69)	0.27		
	Alto	0.33	(0.02-6.40)	0.55		
Inhalantes	Bajo	1	---	---	0.98	0.32
	Medio	3.88	(0.10-11.66)	0.72		
	Alto	0.42	(0.04-6.51)	0.57		

* Razón de momios de prevalencia

** intervalos de confianza al 95%

Tabla 16. Riesgo de consumo según el antecedente de consumo en amigos de los adolescentes estudiados

Sustancia	Consumo	Consumo en amigos		RM ^a (IC _{95%}) ^{**}	P
		Si	No		
Tabaco	No	314	345	1	<0.0001
	Si	897	85	11.59 (8.78-15.33)	
Alcohol	No	185	286	1	<0.0001
	Si	1070	100	16.54 (12.44-22.02)	
Marihuana	No	251	1308	1	<0.0001
	Si	74	8	48.20 (22.78-116.85)	
Cocaína	No	203	1389	1	<0.0001
	Si	41	8	35.07 (15.53-80.22)	
Heroina	No	3	2	1	<0.0001
	Si	50	1586	47.67 (5.28-675.82)	
Síntomas	No	30	9	1	<0.0001
	Si	146	1456	33.24 (14.77-74.05)	
Inhalantes	No	182	1408	1	<0.0001
	Si	36	15	18.57 (9.61-36.27)	
Hongos	No	13	27	1	0.30
	Si	9	2	2.17 (0.35-23.13)	

^a Razón de momios de prevalencia

^{**} Intervalo de confianza al 95%

Tabla 17. Riesgo de consumo actual según el antecedente de consumo en amigos, de los adolescentes estudiados

Sustancia	Consumo	Consumo en amigos		RM ^a (IC _{95%}) ^{**}	P
		Si	No		
Tabaco	No	794	411	1	<0.0001
	Si	415	19	11.28 (6.88-18.70)	
Alcohol	No	694	359	1	<0.0001
	Si	561	27	10.75 (12.44-22.02)	
Marihuana	No	269	1316	1	---
	Si	26	0	---	
Cocaína	No	230	1397	1	---
	Si	14	0	---	
Heroína	No	52	1587	1	0.05
	Si	1	1	30.52 (0.38-2396.9)	
Sintéticos	No	167	1464	1	<0.0001
	Si	9	1	78.90 (10.76-3460.3)	
Inhalantes	No	209	1421	1	<0.0001
	Si	9	2	30.60 (6.25-291.82)	
Hongos	No	23	1	1	---
	Si	---	---	---	

^a Razón de momios de prevalencia

^{**} intervalos de confianza al 95%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 18. Riesgo de antecedente de consumo de sustancias adictivas según grados de depresión de los adolescentes estudiados

Sustancia	Depresión	RM*	P	X ₂ Tendencia	P
Tabaco	Sin depresión	1	---	38.42	<0.0001
	Leve	1.52	<0.0001		
	Moderada	1.87	0.0002		
	Grave	3.56	<0.0001		
Alcohol	Sin depresión	1	---	0.29	0.59
	Leve	1.20	0.15		
	Moderada	1.20	0.30		
	Grave	1.84	0.024		
Marihuana	Sin depresión	1	---	14.93	0.0002
	Leve	2.05	0.006		
	Moderada	2.10	0.029		
	Grave	3.68	0.004		
Cocaina	Sin depresión	1	---	5.60	0.018
	Leve	1.73	0.096		
	Moderada	1.15	0.781		
	Grave	3.68	0.002		
Heroina	Sin depresión	1	---	---	---
	Leve	---	---		
	Moderada	---	---		
	Grave	14.60	0.0001		
Síntomas	Sin depresión	1	---	25.27	<0.0001
	Leve	1.99	0.096		
	Moderada	2.07	0.193		
	Grave	10.58	<0.0001		
Inhalantes	Sin depresión	1	---	17.46	<0.0001
	Leve	1.44	0.3		
	Moderada	0.92	0.876		
	Grave	7.35	<0.0001		
Hongos	Sin depresión	1	---	21.44	<0.0001
	Leve	5.43	0.1		
	Moderada	4.38	0.338		
	Grave	49.85	<0.0001		

* Razón de chances de prevalencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 19. Riesgo de consumo actual de sustancias adictivas por la presencia de depresión por grados, de los adolescentes estudiados

Sustancia	Depresión	RM*	P	X ₂ Tendencia	P
Tabaco	Sin depresión	1	---	5.42	0.02
	Leve	1.31	0.007		
	Moderada	1.36	0.12		
Alcohol	Grave	3.57	0.01	8.92	0.03
	Sin depresión	1	---		
	Leve	1.21	0.16		
Marihuana	Moderada	1.36	0.10	1.56	0.53
	Grave	1.38	0.007		
	Sin depresión	1	---		
Cocaína	Leve	1.19	0.76	1.48	0.22
	Moderada	1.56	0.53		
	Grave	1.07	0.93		
Cocaína	Sin depresión	1	---	1.48	0.22
	Leve	1.44	0.46		
	Moderada	2.50	0.39		
Cocaína	Grave	2.81	0.27		

*Razon de momios de prevalencia

ESTO CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 20. Riesgo de antecedente de consumo de sustancias adictivas según funcionalidad familiar, de los adolescentes estudiados

Sustancia	Funcionalidad familiar	RM*	IC _{95%} **	P
Tabaco	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.96	1.57-2.46	<0.0001
	Moderada	1.65	1.29-2.12	<0.0001
	Grave	3.25	2.13-4.99	<0.0001
Alcohol	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.42	1.12-1.81	0.002
	Moderada	1.18	0.91-1.54	0.20
	Grave	2.25	1.42-3.59	0.0002
Marihuana	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	2.79	1.74-4.48	<0.0001
	Moderada	2.79	1.27-3.78	0.002
	Grave	4.39	2.37-8.09	<0.0001
Cocaína	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.92	1.05-3.52	0.02
	Moderada	1.78	0.90-3.52	0.07
	Grave	2.28	0.93-5.47	0.07
Heroína	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.95	0.84-185.94	0.08
	Moderada	2.89	0.39-153.43	0.16
	Grave	14.07	0.99-392.26	0.06
Sintéticas	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	4.59	2.21-9.67	<0.0001
	Moderada	3.27	1.41-7.62	0.002
	Grave	8.09	3.39-19.34	<0.0001
Anfetaminas	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	3.45	1.87-6.35	<0.001
	Moderada	1.99	0.88-4.09	0.07
	Grave	4.97	1.83-8.99	<0.001
Hongos	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	2.96	0.70-14.33	0.08
	Moderada	2.76	0.51-14.86	0.14
	Grave	3.49	0.31-24.57	0.17

* Razón de momios de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 21. Riesgo de consumo actual de sustancias adictivas según funcionalidad familiar de los adolescentes estudiados

Sustancia	Funcionalidad familiar	RM*	IC _{95%} **	P
Tabaco	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.68	1.29-2.19	<0.001
	Moderada	1.58	1.17-2.14	<0.001
	Grave	1.92	1.28-2.88	<0.001
Alcohol	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.50	1.17-1.92	<0.001
	Moderada	1.60	1.21-2.13	<0.001
	Grave	1.31	0.89-1.94	0.15
Marihuana	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.02	0.36-2.91	0.96
	Moderada	0.62	0.17-2.26	0.42
	Grave	1.79	0.50-6.47	0.32
Cocaína	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	0.30	0.06-1.34	0.07
	Moderada	0.35	0.06-1.83	0.18
	Grave	0.21	0.01-2.31	0.16
Sintéticas	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.05	0.18-7.73	0.64
	Moderada	0.50	0.04-5.51	0.42
	Grave	1.88	0.25-15.77	0.48
Inhalantes	Funcional	1	---	---
	Disfuncional	1.78	0.35-11.85	0.34
	Moderada	1.60	0.18-14.25	0.47
	Grave	1.90	0.30-14.29	0.34

* Razón de riesgos de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 22. Riesgo de antecedente de consumo según el antecedente de consumo familiar, de los adolescentes estudiados

Sustancia	Parentesco	Antecedente consumo	RM*	IC95%**	P
Tabaco	Abuelo paterno	No	1	---	---
		Si	1,24	0,90-1,69	0,18
	Abuela materna	No	1	---	---
		Si	1,37	0,99-1,89	0,06
	Padre	No	1	---	---
		Si	1,29	0,99-1,69	0,06
	Madre	No	1	---	---
		Si	1,48	1,02-2,14	0,03
	Tío	No	1	---	---
		Si	1,42	1,07-1,87	0,01
	Hermano	No	1	---	---
		Si	2,26	1,96-3,77	<0,001
Alcohol	Abuelo paterno	No	1	---	---
		Si	1,95	1,28-2,96	0,001
	Abuela paterna	No	1	---	---
		Si	1,35	0,77-2,38	0,27
	Abuelo materno	No	1	---	---
		Si	1,73	0,93-3,21	0,63
	Abuela materna	No	1	---	---
		Si	2,46	1,56-3,85	<0,001
	Padre	No	1	---	---
		Si	2,15	1,50-3,04	<0,001
	Madre	No	1	---	---
		Si	1,86	1,20-3,04	<0,001
Tío	No	1	---	---	
	Si	1,86	1,24-2,69	0,003	
Hermano	No	1	---	---	
	Si	1,72	0,87-3,39	0,09	
Marihuana	Abuelo paterno	No	1	---	---
		Si	8,33	1,03-59,57	0,04
	Padre	No	1	---	---
		Si	8,20	2,43-24,48	<0,001
	Tío	No	1	---	---
		Si	5,46	3,03-9,79	<0,001
	Hermano	No	1	---	---
		Si	6,76	2,76-15,82	<0,001
	Tío	No	1	---	---
		Si	2,02	0,59-6,22	0,16
	Hermano	No	1	---	---
		Si	3,22	0,69-12,99	0,09
Hermana	No	1	---	---	
	Si	40,74	4,45-329,30	0,003	
Tío	No	1	---	---	
	Si	6,55	1,45-25,37	0,02	
Sínticas	Hermano	No	1	---	---
		Si	13,54	2,49-70,04	0,004
Abuela paterna	No	1	---	---	
	Si	12,56	0,19-244,21	0,12	
Abuela materna	No	1	---	---	
	Si	21,55	0,27-1693,66	0,09	
Tío	No	1	---	---	
	Si	4,78	1,47-9,33	0,001	
Hermana	No	1	---	---	
	Si	11,82	3,18-37,49	<0,001	

* Razón de momios de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 23. Riesgo de consumo actual según antecedente de consumo familiar de los adolescentes estudiados

Sustancia	Parentesco	Antecedente consumo	RM*	IC _{95%} **	P
Tabaco	Abuelo paterno	No	1	---	---
		Si	1.35	0.93-1.98	0.10
	Padre	No	1	---	---
		Si	1.08	0.78-1.50	0.63
	Madre	No	1	---	---
		Si	1.22	0.78-1.98	0.36
	Tio	No	1	---	---
		Si	1.22	0.85-1.76	0.26
Hermano	No	1	---	---	
	Si	1.54	0.88-2.79	0.13	
Alcohol	Abuela paterna	No	1	---	---
		Si	1.85	1.06-3.24	0.02
	Abuelo materno	No	1	---	---
		Si	1.26	0.76-2.11	0.35
	Padre	No	1	---	---
		Si	1.82	1.23-2.70	0.002
	Madre	No	1	---	---
		Si	1.87	1.25-2.80	0.002
Tio	No	1	---	---	
	Si	1.97	1.26-3.09	0.001	
Marihuana	Tio	No	1	---	---
		Si	1.18	0.36-3.89	0.79
	Hermano	No	1	---	---
		Si	2.38	0.42-12.91	0.21
Cocaína	Tio	No	1	---	---
		Si	2.78	0.17-42.42	0.56
	Hermano	No	1	---	---
		Si	2.67	0.03-65.69	0.47
Inhalantes	Hermano	No	1	---	---
		Si	7.13	0.56-102.78	0.08

* Razón de momios de prevalencia

** Intervalos de confianza al 95%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 24. Número de sustancias de consumo actual por número de sustancias consumidas al inicio.

Número de sustancia consumidas al inicio	Número de consumo de sustancias de consumo actual						
	0	1	2	3	4	5	7
1	254	171	0	0	0	0	0
2	306	14	241	0	2	0	0
3	306	4	40	8	4	0	0
4	7	2	17	5	2	1	0
5	0	0	4	2	1	0	0
6	0	0	0	1	1	1	0
7	0	0	0	2	0	0	1
8	0	1	0	0	1	0	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis multivariado

Tabla 25. Modelo logístico no condicional que muestra la relación entre diferentes variable de estudio y el antecedente de consumo de alguna sustancia adictiva.

Variable	RM*	P	IC95%**
No reprobado	1	---	---
Reprobar algún año	1.70	0.01	1.13-2.55
Sin violencia intrafamiliar	1	---	---
Violencia intrafamiliar	1.56	0.007	1.13-2.17
Buena percepción de la familia	1	---	---
Mala percepción de familia	1.69	0.005	1.17-2.43
No consumo en amigos	1	---	---
Consumo de drogas en amigos	15.37	<0.0001	11.26-20.97
No consumo de algún familiar	1	---	---
Consumo en algún familiar	1.49	0.053	0.99-2.24
Nivel socioeconómico bajo	1	---	---
Nivel socioeconómico medio	1.47	0.051	0.99-2.24
Nivel socioeconómico alto	1.79	0.004	1.20-2.65

* Razón de momios de prevalencia

** Intervalo de confianza al 95%

†aj. Likelihood =636.04 R2= 0.2498 p <0.0001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 26. Modelo logístico no condicional que muestra la relación entre diferentes variable de estudio y el de consumo actual de alguna sustancia adictiva.

Variable	RM*	P	IC95%*
No reprobado	1	---	---
Reprobar algún año	2.37	0.02	1.09-2.44
Sin violencia intrafamiliar	1	---	---
Violencia intrafamiliar	3.10	0.002	1.21-2.34
Buena percepción de la familia	1	---	---
Mala percepción de familia	3.00	0.003	1.22-2.55
No consumo en amigos	1	---	---
Consumo de drogas por amigos	17.69	<0.0001	12.04-22.39
Nivel socioeconómico bajo	1	---	---
Nivel socioeconómico medio	2.20	0.028	1.05-2.27
Nivel socioeconómico alto	2.91	0.004	1.21-2.67

*Razon de momos de prevalencia

*Intervalos de confianza al 95%

Log Likelihood -630.17 R2 = 0.2554 p <0.0001



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
CUESTIONARIO DE SALUD

Nos interesa conocer algunos aspectos relacionados con tu salud, por tal motivo te pedimos que nos contestes cada una de las preguntas.

INSTRUCCIONES: Encierra en un círculo la respuesta que más se acerca a la realidad. Recuerda que los datos son confidenciales.

No llenar esta Área

IDENTIFICACION:					No llenar esta Área														
1. Sexo					1														
2. Ciudad					2														
3. Sexo: 1) Femenino 2) Masculino					3														
4. Fecha de nacimiento:					5														
Día _____ Mes _____ Año _____					6														
7. ¿Cuántos en total de años de estudio? (Incluye a 4 años repetidos)					7														
8. ¿En caso de haber tenido algún año, ¿cuál fue el motivo? 1) Cambio económica 2) Cambio de domicilio 3) Repetición					7.1														
9. ¿Actualmente padece alguna enfermedad que requiera tomar medicamentos? 0) No 1) Sí					8														
* 1) En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) toma(s) _____					9.1														
10. ¿La casa que habitan es: 1) Prestada 2) Rentada 3) propia					9.2														
11. El material de construcción que predomina en tu casa es: 1) E. de C. 2) Tierra 3) Cemento 4) concreto u otro tipo					9.3														
12. E. de C. 1) Ladrillo de canchón 2) Ladrillo de asbesto o metálico 3) Concreto					9.4														
13. ¿La casa en donde vives: 0) Cuarto 1) Departamento 2) Casa					9.5														
14. Total de habitantes en la vivienda _____					9.6														
15. Total de cuartos en la vivienda _____ y Total de cuartos para dormir _____					10														
16. ¿Tu casa cuenta con agua potable? 0) No 1) Sí					11														
17. ¿Tu casa cuenta con drenaje? 0) No 1) Sí					11.1														
18. ¿Tu casa, se encuentra con drenaje que tipo de baño tiene? 1) Letrina 2) Fosa séptica					12														
19. Marca con una X las propiedades con las que cuentas																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Telefono</th> <th>Computadora</th> <th>Internet</th> <th>Aires y cuartos</th> <th>Sistema de TV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>					Telefono	Computadora	Internet	Aires y cuartos	Sistema de TV										
Telefono	Computadora	Internet	Aires y cuartos	Sistema de TV															
20. ¿Con quien vives actualmente?					13														
1) Con mis padres 2) Con mis padres 3) Con mis hijos 4) Con algún hermano																			
5) Con otros familiares 6) Con personas que no forman familia																			
21. ¿Cuántos integrantes tiene tu familia?					14														
22. ¿Cuántos en total de años estudiado de la vida de familia? _____					15														

15. ¿Cuál es el último grado de estudios que cursó? _____

16. ¿Cuál fue el último trabajo del jefe de familia? _____

17. ¿Cuál es el estado civil de tus padres o los jefes de familia con quien vivió? 0) Casado 1) Separado
2) Divorciado 3) Viudo

18. Marca con una X cual de los siguientes eventos se presentan en tu hogar

Evento	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Cuándo tienes algún problema familiar recurre a la familia en busca de ayuda?					
2. ¿Los miembros de la familia comparten y ayudan a resolver sus problemas familiares?					
3. ¿Los miembros de la familia comparten, ayudan a resolver sus problemas familiares?					
4. ¿Existen temas sobre el futuro y el futuro de tus familiares discutidos?					
5. ¿Te refieres a la familia que tienes de tu familia cuando tienes algún problema o necesidad?					
6. ¿El sustento de tu familia depende o depende en buena medida de actividades económicas?					
7. ¿Las relaciones con tu familia incluyen afecto o responden a las emociones de amor, tristeza o amor?					
8. ¿Generalmente consumes alimentos con tu familia?					
9. ¿Maritalmente 0) No marital 1) Marital					

19. ¿Cuál de los siguientes acontecimientos se han presentado constantemente en tu vida?

1) Trabajo pesado 2) Embarazos 3) Consultas médicas o enfermedades 4) Accidentes 5) Fugida de un país

20. ¿Maritalmente 0) No marital 1) Marital 2) Suertes 3) Mercaderías 4) Suertes 5) Mercaderías 6) Suertes 7) Mercaderías

21. ¿Cual de los siguientes acontecimientos se han presentado constantemente en tu vida?

1) Trabajo pesado 2) Embarazos 3) Consultas médicas o enfermedades 4) Accidentes 5) Fugida de un país

TIPO SUSTANCIA	30 TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA	31 FRECUENCIA			32 EDAD INICIO CONSUMO	33 USOS AMIGOS CONSUMEN
		ALCOHOL AL AÑO	ALCOHOL AL MES	ALCOHOL AL DIA SEMANA		
Café						
Alcohol						
Marihuana						
Cocaína						
Opio						
Heroína						
Barbitúricos						
Tranquilizantes						
Antipsicóticos						
Medicamentos						
Alucinógenos						
Estupefacientes						
Medicamentos						
Alucinógenos						
Estupefacientes						

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>22. En caso de haber consumido alguna vez en tu vida cualquier de las sustancias, marca con una X, en los motivos del porque las usaste por primera vez:</p> <p>Amas tentacion _____ Curiosidad _____ Decepcion. Problema sentimental _____ Experimentar _____ Imitacion _____ Influencia de los amigos _____ Problemas familiares _____ Soledad. Tristeza _____ Tranquilizante _____</p> <p>23. ¿Aun sigues consumiendo algun tipo de sustancia ya mencionada anteriormente? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>23.1 En caso afirmativo, ¿cuantos tipos de sustancias usas? a) Solo una <input type="checkbox"/> Cuales? _____ b) Dos <input type="checkbox"/> Cuales? _____ c) Tres o mas <input type="checkbox"/> Cuales? _____</p>	<p>22</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>23 <input type="checkbox"/></p> <p>23.1 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>24. ¿Cuales la causa por la que la sigues consumiendo?</p> <p>Amas tentacion _____ Curiosidad _____ Decepcion. Problema sentimental _____ Experimentar _____ Imitacion _____ Influencia de los amigos _____ Problemas familiares _____ Soledad. Tristeza _____ Tranquilizante _____ Por la presion de los compañeros _____ Necesidades de mas cantidad para lograr el efecto _____</p> <p>24.1. ¿Alguna vez te has sentido enfermo, cuando tratas de dejarlo? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>24.2. ¿Has sentido que tu memoria e concentración son deficientes o que no puedes pensar claramente? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>24.3. ¿Te has sentido deprimido o has perdido interes en las cosas? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>24.4. ¿Te has sentido nervioso, irritado o temido en el ultimo en el ultimo mes? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>24.5. ¿Te has sentido desorientado que demas? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>24.6. ¿Has tenido discusiones con tu familia, novia (a) o amigos por consumir alcohol, tabaco o drogas? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>24.7. ¿Has tenido problemas en las relaciones con los profesores de la escuela por consumir alcohol, tabaco o drogas? O. No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p>	<p>24 <input type="checkbox"/></p> <p>24.1 <input type="checkbox"/></p> <p>24.2 <input type="checkbox"/></p> <p>24.3 <input type="checkbox"/></p> <p>24.4 <input type="checkbox"/></p> <p>24.5 <input type="checkbox"/></p> <p>24.6 <input type="checkbox"/></p> <p>24.7 <input type="checkbox"/></p>								

25. Algun familiar tuvo consumo o ha consumido alguna sustancia adictiva? (1=Si) (2=No)

26. En caso afirmativo, marca X alguno que se presenta con tus familiares:

26.1 Tipo de sustancia	26.2 Parentesco								26.3 Frecuencia
	1	2	3	4	5	6	7	8	26.3 Frecuencia
Tabaco									
Alcohol									
Mariguana									
Cocaína									
Heroína									
Extasis otras Pastillas									
Inhalante (líquido concentro otras)									
Extasis otras Pastillas									
Adicto paterno									
Adicto materna									
Adicto materno									
Adicto materna									
Padre									
Madre									
Hijo									
Hermana									

27. En esta parte del cuestionario has diversificado el cuadro. Por favor, en cada uno de los cuadros que hayas descrito tu situación en la última semana, indicando en él que Marca con una X el que mejor ajuste algunas de las opciones que se aplican a tu caso, marca solo una. Asegúrate de marcar todas las alternativas de cada grupo antes de continuar.

- 27.1
- ___ No me siento triste
 - ___ Me siento triste
 - ___ Me siento triste todo y no puedo animarme
 - ___ Me siento tan triste a menudo que ya no lo soporto
- 27.2
- ___ No me siento desanimado/a acerca del futuro
 - ___ Me siento deprimido/a acerca del futuro
 - ___ Siento que no tengo nada que pensar en el presente
 - ___ Siento que como persona soy un fracaso futuro
- 27.3
- ___ No me siento frustrado
 - ___ Siento que he fracasado a más de tres personas
 - ___ Conforme voy más hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son fracasos
 - ___ Siento que como persona soy un fracaso
- 27.4
- ___ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
 - ___ Ya no disfruto de las cosas como antes
 - ___ Ya no obtengo satisfacción de nada
 - ___ Estoy insatisfecho y moroso con todo
- 27.5
- ___ No me siento castigado por mi conducta
 - ___ Siento que puedo ser castigado por mi conducta
 - ___ Creo que seré castigado por mi conducta
 - ___ Siento que estoy siendo castigado por mi conducta

25.

26.

27.1

27.2

27.3

27.4

27.5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

26.16	<input type="checkbox"/> No me canso más de lo habitual <input type="checkbox"/> Me canso más rápidamente que antes <input type="checkbox"/> Me canso de hacer cosas que siempre he hecho <input type="checkbox"/> Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa	26.16 <input type="checkbox"/>																		
26.17	<input type="checkbox"/> Mi apetito es igual que siempre <input type="checkbox"/> Mi apetito ha bajado como antes <input type="checkbox"/> Casi no tengo apetito <input type="checkbox"/> No tengo apetito en absoluto	26.17 <input type="checkbox"/>																		
26.18	<input type="checkbox"/> No he perdido peso a consecuencia de mi enfermedad <input type="checkbox"/> He perdido más de 2.5 kilos <input type="checkbox"/> He perdido más de 5 kilos <input type="checkbox"/> He perdido más de 7.5 kilos <input type="checkbox"/> Estoy a dieta	26.18 <input type="checkbox"/>																		
26.19	<input type="checkbox"/> Mi salud no me preocupa más que antes <input type="checkbox"/> Me preocupan más cosas que antes <input type="checkbox"/> Es difícil pensar en otras cosas <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mi enfermedad que me es difícil pensar en otras cosas <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mi enfermedad que no puedo pensar en otras cosas	26.19 <input type="checkbox"/>																		
26.20	<input type="checkbox"/> Mi interés por el mundo es igual que antes <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el mundo que antes <input type="checkbox"/> Estoy más interesado por el mundo que antes <input type="checkbox"/> No tengo ningún interés por el mundo	26.20 <input type="checkbox"/>																		
26.21	26.21. ¿Al menos de contestar este cuestionario tienes alguna muestra o foto (como el pelo de caballo) de tu enfermedad? Si no																			
¿Cuánto? <input type="checkbox"/>																				
27. Marca con una X la opción que más se acerca a tu forma																				
27.1. Me siento satisfecho con la forma que he tratado mi enfermedad. 27.2. Estoy satisfecho con la manera en que mi familia participa en el tratamiento de mi enfermedad. 27.3. Si quisiera, yo mismo haría el tratamiento de mi enfermedad. 27.4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia participa en el tratamiento de mi enfermedad. 27.5. Si quisiera, yo mismo haría el tratamiento de mi enfermedad.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Opinión</th> <th>Opinión</th> <th>Opinión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Opinión	Opinión	Opinión	<input type="checkbox"/>	27.1 <input type="checkbox"/> 27.2 <input type="checkbox"/> 27.3 <input type="checkbox"/> 27.4 <input type="checkbox"/> 27.5 <input type="checkbox"/>														
Opinión	Opinión	Opinión																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN