



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO ZACATECAS



FACTORES DE RIESGO PARA TOXICOMANIAS EN ADOLESCENTES

**TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JOSÉ AURELIANO MARTÍNEZ CONTRERAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


FACTORES DE RIESGO PARA TOXICOMANÍAS EN ADOLESCENTES

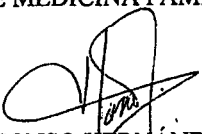
TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

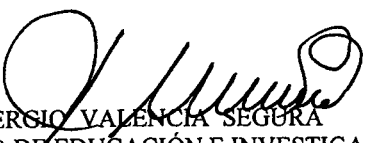
PRESENTA:

DR. JOSE AURELIANO MARTINEZ CONTRERAS

AUTORIZACIONES:


DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS,
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 55
DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 4
GUADALUPE ZACATECAS.


DR. SERGIO VALENCIA SEGURA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA
HGZ No. 2 FRESNILLO, ZACATECAS.

FRESNILLO, ZACATECAS 2005

FACTORES DE RIESGO PARA TOXICOMANÍAS EN ADOLESCENTES


TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

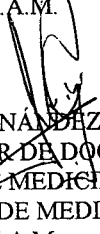
PRESENTA:

DR. JOSE AURELIANO MARTINEZ CONTRERAS

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FRESNILLO, ZACATECAS 2005

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jesús Hernández Lara con respeto y gratitud por ser nuestra luz y guía, en nuestro esfuerzo conjuntamente para poder lograr terminar nuestra especialidad, en medicina familiar. Que Dios nuestro señor lo bendiga junto con su familia donde quiera que se encuentre y le siga dando el don de guiarnos y enseñándonos el camino de la investigación.

A mi esposa Araceli Maria Teresa Jiménez con todo mi amor, respeto y admiración por su infinita comprensión y apoyo incondicional para llegar a finalizar mi especialidad como medico familiar, sus palabras de aliento en momentos de desesperación tan difíciles que se me presentaron, Dios te bendiga ahora y siempre y siga floreciendo en nosotros como pareja ese amor y respeto infinito que nos profesamos, gracias mil amor mío.

A mis hijos, Jesús Daniel Martínez Jiménez, José Aureliano Martínez Jiménez, Jhasibe Martínez Jiménez, por su apoyo incondicional y comprensión en momentos difíciles de mi carrera a la especialidad, ya que ocasionalmente no podía estar pendiente de sus necesidades que cada uno de ellos requería de mi parte, pero que siempre han estado a mi lado y en mi corazón como padre de ellos, Dios los bendiga por su apoyo y amor

A mi padre: Juan Martínez Juárez a su memoria honrándolo con amor gratitud y gran respeto que le profesábamos en vida, el siempre quiso y pedía a Dios nuestro señor le permitiera ver a sus hijos hechos unos profesionistas, desgraciadamente no se lo permitió, Dios sabe porque hace las cosas y a Dios doy gracias por iluminar mi camino y mi vida para llegar a ser un profesionista agradecido con la vida y con dios, para poder lograr alcanzar mis metas, dedico esta tesis a mi padre, que aunque no esta presente con nosotros, pero que sabe que siempre esta en nuestras mentes y en nuestros corazones de sus hijos, por lo que nunca ha dejado de existir y que siempre esta presente con nosotros su familia.

A mi madre Isabel Contreras Aguayo, por sus palabras de aliento y consejos para seguir adelante, para lograr los triunfos que tenemos que lograr y alcanzar nuestras metas que nos trazamos en la vida para poder ser mejor padre y ser humano, y mejor hijo.

A mis Hermanos: Alfonso, Alejandro, Esperanza, Rodolfo, Josefina, Guadalupe, Raquel por su apoyo y palabras de aliento para terminar mi especialidad, gracias con cariño y respeto.

A mi cuñado y compadre : Ing. Juan Sánchez Mendoza, por su apoyo incondicional para mi formación como medico, como hombre de provecho a mi familia y a la sociedad, mi infinito agradecimiento y apoyo desinteresado que me brindo para poder lograr ser un profesional de la medicina.

A mi suegro: Antonio Jiménez Espidió, por su apoyo moral incondicional, sus palabras de aliento en momentos de incertidumbre en mis momentos desesperados en mis estudios

A mi Concuño y compadre Ing. Andrés Bolaños Espinosa y esposa. por su apoyo moral y palabras de aliento para lograr terminar mi meta trazada.

A mis cuñados hermanos de , mi esposa, gracias por su apoyo incondicional y desinteresado para ver finalizado mi esfuerzo al lograr la especialidad como medico familiar

A mis compañeros de la especialidad con respeto y cariño, por sus consejos y comprensión y apoyo incondicional que me brindaron en momentos de enfermedad

y desesperación, por su apoyo desinteresado gracias y que Dios los bendiga siempre.

A la Dra: Rosa Márquez Huizar por sus palabras y hechos de apoyo, esfuerzo incondicionales, desinteresados para que como compañeros de la especialidad lográramos el final de nuestros esfuerzos al ver logrado la especialidad de medicina familiar, Dios la bendiga y proteja junto con toda su familia por la buena disposición como ser humano, compañera de ayudarnos al lograr nuestras metas.

A mis Maestros con cariño , respeto y gratitud por sus sabios consejos y su don de saber guiar a sus alumnos, para alcanzar las metas propuestas que nos impone la formación de la especialidad, Dios los bendiga hoy y siempre en comunión con su familia e hijos, para que sigan con el don de formación de generaciones deseosas de alcanzar la especialidad y superación personal.

Reciban todos ustedes mi gratitud y reconocimiento personal por sus sabios consejos y enseñanzas que nos impartieron, en el salón de clases y rotaciones por todos los servicios y especialidades que el plan de estudios impone para la formación de la especialidad.

Que Dios los Bendiga Siempre.

INDICE GENERAL

1.- MARCO TEORICO.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3.- JUSTIFICACION.....	10
4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
4.1.- Objetivo general	
4.2.- Objetivos específicos	
5.- METODOLOGIA.....	12
5.1.- Tipo de estudio	
5.2.- Población, lugar y tiempo de estudio	
5.3.- Tipo de muestra y tamaño de muestra	
5.4.- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
5.5.- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
5.6.- Método o procedimiento para captar la información	
5.7.- Descripción del estudio	
6.8.- Consideraciones éticas.	
6.- RESULTADOS.....	21
7.- DISCUSIÓN.....	30
8.- CONCLUSIONES.....	33
9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
10.- ANEXOS.....	37

10.1.- Instrumentos de evaluación.

I.- Método de Graffar.

II.- APGAR familiar.

III.- Tipología familiar

1. ANTECEDENTES

La adicción, fármaco dependencia o drogadicción es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir un fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de este, o el llamado síndrome de abstinencia. Droga adictiva es una sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que produce un estado de dependencias psíquicas, físicas ó ambas. Droga psicoactiva es una sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.). Estimulante se aplica a varios tipos de drogas que tienen aumentar la agudeza mental y la actividad física. Dependencia física es el estado de adaptación fisiológica de un organismo que requiere la presencia de una droga para continuar su funcionamiento normal, y que se manifiesta por la aparición de intenso malestar físico si se suspende su administración. Dependencia psicológica es la necesidad emocional y compulsiva de un individuo por consumir una droga para sentirse bien, aunque fisiológicamente no le sea necesaria.¹

Una de las creencias que más se relaciona con la iniciación en el consumo es que fumar se asocia positivamente con tener una imagen social deseada, ó como un facilitador para establecer relaciones, en el caso de las muchachas también puede ser visto como un medio para mantener un control de peso y como una conducta glamorosa.²

El consumo de sustancias entre la población joven es motivo de gran preocupación. La adolescencia es una etapa especialmente favorable para usar drogas debido a la curiosidad y a la búsqueda de sensaciones nuevas como un mecanismo para

enfrentarse a los problemas emocionales por su rebeldía a las autoridades y por el proceso de búsqueda de la propia identidad, que frecuentemente se relaciona con la sensación de invulnerabilidad que acompaña a esta etapa. Sin embargo es un hecho que no a todos los adolescentes les afecta este problema. La mayoría no usa drogas, una gran proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y aunque un porcentaje menor continua usándolas, solo algunos desarrollan problemas con ellas.

La escuela es un escenario ideal para los programas de prevención. Estudios realizados en el país muestran claramente que la familia y la escuela siguen siendo los dos determinantes más importantes para el consumo de sustancias o su prevención. La escuela es un agente socializador prioritario; en ella tienen el primer contacto con sus pares y con figuras de autoridad distintas de los padres. Y al mismo tiempo es el entorno en que el sujeto tiene oportunidad de conseguir el reconocimiento social de sus primeros logros.³

La Organización de las Naciones Unidas ha calculado que en el periodo de 1998 a 2001, 185 millones de personas consumían drogas a nivel mundial: de estas 147.4 millones usaban marihuana y otras formas de cannabis, 33.4 millones consumían estimulantes del tipo de las anfetaminas (ETA), 13.4 millones cocaína, 12.9 millones, derivados del opio, y entre estos últimos aproximadamente 9.2 millones consumían heroína.⁴ Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 revelan que más de 215 mil adolescentes entre 12 y 17 años, tres cuartas partes de ellos son varones, han usado drogas alguna vez en su vida.⁵

En México, las adicciones presentan nuevos retos al inicio del nuevo milenio así, el país presenta dos problemas endémicos: el abuso de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, con incremento importante en algunos grupos de la población, como son

los adolescentes, que ha recibido una atención sin precedente y ha llegado a considerarse como una prioridad en el campo de la Salud Pública.^{6,7}

Hay un amplio consenso respecto a que las causas que llevan al uso de las toxicomanías, entre ellas estarían la desintegración familiar, el abuso de sustancias en la familia el abuso emocional físico y/o sexual de los niños, la pobreza, la inaccesibilidad, actividades recreacionales útiles, y la accesibilidad de las drogas, entre otras. Otro factor importante para la experimentación con sustancias ilícitas y lícitas es el de ser joven, ya que esta etapa es un tiempo de exploración, curiosidad, y búsqueda de identidad. Aunque el mayor número de usuarios son varones su uso se ha extendido a la población femenina. Pese a esto, son pocos los estudios que exploran esta problemática en las mujeres, en gran parte, por la expectativa social de que las mujeres no incurren en ese comportamiento.^{6,8}

En cuanto al tabaquismo, los expertos aseguran que cada año mueren 50,000 personas por cáncer del pulmón solo en Inglaterra y Gales pero si se eliminara el uso de tabaco, esta cifra se reduciría a 5,000.⁹

En países desarrollados como los Estados Unidos de América (EUA) se dio un descenso en la prevalencia en el consumo de tabaco entre adolescentes de uno y otro sexo desde mediados de los años 70 hasta principios de los 90. Sin embargo, las últimas investigaciones muestran consistentemente un incremento en el consumo entre estudiantes de educación media y superior.²

En México el tabaco es causa de 40 000 muertes al año. Dicha adicción se inicia en los jóvenes,¹⁰ por lo que se considera como una enfermedad pediátrica, debido a que la mayoría de los adultos empiezan a fumar en la adolescencia temprana.¹¹

El consumo de tabaco es un riesgo importante para salud de los adolescentes, ya que es en este estadio cuando puede comenzar una adicción que continuara hasta la vida

adulta. Se ha estimado que el tabaquismo mata cada año ha mas norteamericanos que todas las muertes debidas a consumo de alcohol, cocaína, crack, y heroína junto con las muertes por homicidio, suicidio, accidentes con vehículo de motor, muertes por arma de fuego y SIDA A pesar de las leyes que prohíben a los menores de comprar tabaco el 85% de los fumadores actuales empiezan a fumar antes de los 21 años.¹²

Estudios realizados en México documentan una importante asociación entre la conducta de consumo de tabaco y alcohol, y el consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza media y media superior, varones y mujeres, en quienes el riesgo de probar drogas se incrementaba con la severidad del patrón de consumo, es decir, a mayor frecuencia de consumo de tabaco y cantidad de alcohol por ocasión, mayor probabilidad de que, los adolescentes prueben otras drogas. Entre los factores que explican esta asociación están los ambientales, relacionados con las oportunidades de consumir drogas; están son mayores para los varones que para las mujeres, sin embargo una vez que se ha tenido la oportunidad de uso se observan pocas diferencias, entre uno u otro sexo también se han descrito factores sociales, que se relacionan con la exposición a modelos de roles durante la infancia temprana, así los hijos de padres fumadores ó que beben alcohol en exceso, tiene más riesgo de fumar y de usar otras drogas.¹¹

En México, la edad más frecuente para que los jóvenes empiecen es entre los 13 y 14 años, y 61% de la población adulta fumadora inicia el hábito antes de alcanzar la mayoría de edad (18 años) encuestas recientes documentan también que la edad de inicio se ha disminuido pues en 1988, 57% de los fumadores actuales o pasados habían fumado su primer cigarro antes de los 18 años, en tanto que en 1998 este índice aumento para caracterizar a 68%. En total, 27.7% de la población urbana entre 12 y 65 años fuma y 14.8 % es exfumadora y en particular 27% de los adolescentes varones de entre 12 y 17 años y 17% de las mujeres han fumado, y 15% fuman diario.¹¹

En 1993 y 1997 se realizaron encuestas en el Distrito Federal en la primera de ellas se reporta consumo de tabaco alguna vez en 48.0% de los estudiantes, de nivel medio y medio superior. Entre los varones la cifra fue de 55.7% y para las mujeres de 41.2%, cuatro años más tarde al preguntar has fumado una sola vez en tu vida y el valor se incremento 55.4% llegando a 58.6% entre los varones y para las mujeres se incremento 52.3%.²

El alcohol, lo mismo que el tabaco, es una droga adictiva aceptada socialmente. No se sabe muy bien porque se aprueba oficialmente su uso prácticamente en todo el mundo, mientras que se prohíbe el uso de algunas drogas que producen un efecto menos perjudicial sobre la salud.^{9,13}

En el Distrito Federal se encontró que 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida, y 31.9% lo consumió en el último mes. En cuanto al nivel educativo, 22.6% de los adolescentes de secundaria tomó alcohol en el último mes. En las escuelas de educación media superior este porcentaje se duplica, de manera que en las escuelas técnicas, 50.1% de los adolescentes bebieron alcohol el último mes, y de bachillerato el 43.4%.³

El alcoholismo resulta ser una paradoja. Es un problema mucho más grave que cualquier otra forma de drogadicción en los países desarrollados.

La marihuana es la droga ilegal objeto de un abuso más común su consumo ha aumentado recientemente entre los adolescentes, y al mismo tiempo ha disminuido la percepción de sus efectos perjudiciales.¹⁴

En el Distrito Federal en 1976, la droga preferida por los estudiantes era la marihuana, a partir de 1978 pasaron a ocupar ese lugar los inhalables, los cuales, se mantienen hasta la actualidad; es importante señalar que antes de 1980, los que usaban

estas sustancias asistían a escuelas de nivel socioeconómico bajo; sin embargo a partir de esta fecha el uso de inhalables se ha propagado a todos los niveles socioeconómicos.

De 1976 a 1986, el nivel de consumo de estas dos drogas se modificó en esta entidad de la siguiente forma: la marihuana aumento de 1.9% a 3.5% y los inhalables de 0.9% a 4.7%.¹⁵

La marihuana (5.8%) ocupa el primer lugar en la preferencia de los adolescentes; le sigue la cocaína (5.2%) los tranquilizantes (4.8%) y los inhalables (4.3%).³

Hasta antes de la década de 1980 el consumo de cocaína no era considerado en México un problema de Salud Pública, en razón de las bajas prevalencias encontradas en las investigaciones realizadas hasta ese momento. El consumo de cocaína se restringía a círculos minoritarios de artistas e intelectuales, y de personas de estratos socioeconómicos altos.¹⁷

El Sistema de vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SIVEA) en 1990, detectó un aumento en la demanda de cocaína del 7.8% en 1991, a 35.3% en 2001, también se modificó el perfil de los usuarios, pues esta se convirtió en una droga consumida por individuos de todos los niveles socioeconómicos, a edades más tempranas y por un número cada vez mayor de mujeres.¹⁶

De 1988 a 1998 se incrementó de 0.33 a 1.45% el consumo de cocaína “alguna vez en la vida” entre la población urbana de 12 a 65 años de edad.¹⁶

La cocaína ocupa el segundo lugar en el consumo de drogas en todo el país, junto con los inhalables. En el Distrito Federal la tendencia del consumo “alguna vez en la vida” reportada en 1993, fue del 0.4%, ocupando el tercer lugar del consumo de drogas.¹⁷

En México aún se registra un bajo consumo de cocaína, en comparación con otros países. No obstante en los últimos años a aumentado mucho, tanto entre la población general, la estudiantil de enseñanza media y media superior, y la que acude a los servicios ambulatorios de tratamiento, como entre las poblaciones que acuden a las instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia; pero sin llegar a la prevalencia del consumo “alguna vez en la vida” de la población abierta de 12 años en adelante, de otros países, como Estados Unidos de Norteamérica, que es del 11.3%, la de Ámsterdam, del 5.5%, la de Colombia, que en 1987, fue de 4% entre los hombres y de 3% entre las mujeres por cada 1000 habitantes, ni la de España, en donde entre la población de 18 años en adelante fue del 3% en 1991.¹⁷

Un factor importante que debe considerarse sobre el consumo de cocaína, es que la experimentación de diversas vías de administración y de diferentes tipos de cocaína (pasta de coca, clorhidrato de cocaína y crack), determinan la intensidad y la velocidad del efecto que percibe el usuario, hecho que, a su vez, promueve la frecuencia con la que la toman, y la tolerancia, debido a su efecto pero de poca duración lo que los lleva a consumirla de manera compulsiva. La cocaína tiene niveles inferiores de ingesta en comparación con otros tipos de drogas, no obstante ha presentado una tendencia sostenida al incremento.¹⁵

A pesar de la importancia que tiene este concepto es sorprendente que las investigaciones en esta materia sean aún sumamente escasas.¹⁸

No puede dejarse a un lado el impacto que la problemática tiene sobre el rendimiento económico, social ó productivo de los individuos. Este impacto puede medirse como el tiempo “perdido” ó los años de vida perdidos, lo que a su vez representara un indicador de la carga de la enfermedad ó de los episodios de reclusión hospitalaria que genera el consumo de enervantes.¹⁹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización de las Naciones Unidas estima una prevalencia mundial de 4.3% para cualquier droga ilícita en la población de 15 años en adelante, en tanto en México, el índice para la población de 12 a 17 años es de 1.68%. La droga de mayor consumo en el mundo en mayores de 15 años y en México de 12 a 17 años es la marihuana 3.5% y 0.60%, anfetaminas 0.8% y 0.1%, cocaína 0.2% y 0.35%, heroína 0.22% y 0.1% respectivamente. De las drogas lícitas en México el tabaquismo en adolescentes en zonas urbanas es del 10.1%, 3 hombres por cada mujer y en la zona rural de 6.1%, una mujer por cada 11.3 hombres. El índice de consumo de alcohol en las zonas urbanas es del 25.7%, 1.4 hombres por cada mujer y en la zona rural es de 14.4% a razón de una mujer por cada 1.8 hombres.

Las toxicomanías son uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel Mundial por su impacto social, económico, altos costos en los servicios de salud de los países. Más del 90% de las adicciones inician en la adolescencia, esta etapa de del individuo en que se desarrollan aspectos físicos, intelectuales, sociales, etc. Esto implica también intentar nuevas experiencias peligrosas como las adicciones, iniciando con drogas lícitas, que sin la alarma de la ilegalidad y ayuda de la cotidianidad no se tiene en cuenta de su peligrosidad, y que además puede estimular a probar las drogas ilícitas como segundo paso.

Varios estudios muestran que las adicciones se ven favorecidas por el estrato social, económico, el grado de escolaridad, la adicción de los padres en la familia, el hacinamiento, el tipo de familia y la funcionalidad familiar, el ambiente y la fácil adquisición de las mismas. Además de la falta de difusión de programas de prevención, la promoción del ejercicio o un deporte para mantener una vida sana, la escasa

información sobre lo que implica el uso de las drogas y los daños irreversibles que provocan.

Los estudios efectuados muestran que las adicciones van cambiando de acuerdo al área geográfica, disponibilidad de las drogas, así como los problemas sociales, familiares e individuales de los adolescentes.

Por lo que establecemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo para toxicomanías en adolescentes?

3. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la prevalencia de las toxicomanías cada año a nivel mundial, ha determinado en declararlo como uno de los principales problemas de salud pública. Cuando esto impacta a los adolescentes de manera dramática es aún mayor, ya que los afecta en su desarrollo individual, familiar y social. La sociedad se ve afectada socialmente por los actos delictivos provocados por los excesos del uso de las drogas, como en los gastos de salud para la atención de las enfermedades provocadas por las adicciones.

Para poder actuar de manera eficaz con programas preventivos y de información es necesario conocer los factores de riesgo del porque los adolescentes presentan adicciones, considerando factores como los sociales, demográficos, familiares y de la comunidad.

Además es el medico familiar quien al identificar los factores de riesgo es quien debe manejar a la familia en forma integral y conociendo las causas podrá abordar el problema y desarrollar estrategias que contribuyan a que los adolescentes tengan un mayor conocimiento sobre los efectos colaterales de cada droga. Apoyándose en el equipo multidisciplinario de salud conjuntamente con la familia, escuela y la comunidad, para promover programas educativos, campañas publicitarias, para prevenir el consumo de drogas.

De no realizarse este estudio, persistirá la delincuencia, suicidios, violencia intrafamiliar, daño social y el incremento de los costos al sector salud.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores de riesgo para toxicomanías en adolescentes

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de las toxicomanías en adolescentes.
- Determinar si las características sociodemográficas: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, lugar de residencia, ocupación, son factores de riesgo para las toxicomanías en adolescentes.
- Determinar si el costo de las drogas, la facilidad de adquisición, antecedente de adicción familiar (padre, madre), son factores de riesgo a toxicomanías en adolescentes.
- Determinar si las características de la familia: Integración familiar, Funcionalidad familiar, tipo de familia en base a su desarrollo, a su estructura, hacinamiento, son factores de riesgo para toxicomanías en adolescentes.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva. (transversal, descriptivo, observacional, prospectivo)

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

5.2.1 POBLACIÓN:

Pacientes de 10 a 20 años de edad.

5.2.2 LUGAR:

Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del IMSS en
Fresnillo, Zacatecas.

5.2.3 TIEMPO:

De enero a junio del 2004.

5.3 MUESTREO:

5.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Muestreo no probabilístico, por conveniencia, de los adolescentes que
acudieron a la consulta externa de la UMF No. 55 del IMSS de Fresnillo,
Zacatecas, en el tiempo estipulado.

5.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó mediante la fórmula siguiente:

$$N = \frac{Z^2 PQ}{D^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 [0.5 (1-0.5)]}{(0.05)^2} = 384$$

Donde:

Z = nivel de confianza de 95%; Z = 1.96.

P = proporción de toxicomanías: 50% (desconocemos) = 0.5

Q = complemento de 1- proporción de toxicomanías: 1 – 0.5 = 0.5

D = margen de error establecido = 5% = 0.05.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los adolescentes de 10 a 20 años que acudan a la UMF # 55 del IMSS de Fresnillo Zacatecas.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Adolescentes que no acepten participar en el estudio.

5.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

5.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Adicción en adolescentes.

5.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Nivel socioeconómico.
- Lugar de residencia.
- Ocupación.
- Hacinamiento.
- Edad de inicio de la adicción.
- Tipo de adicción.
- Costo de las toxicomanías.
- Adquisición de toxicomanías.
- Antecedente de adicción familiar.
- Integración familiar.

- Tipo de familia en base a su desarrollo.
- Tipo de familia de acuerdo a estructura.
- Funcionalidad familiar

5.5.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Nombre:	Adicción.
Definición conceptual:	Hábito de patológico de intoxicarse con sustancias que provocan estados agradables o suprimen el dolor.
Definición operacional:	Según refiera el adolescente al momento de la encuesta. Considerando adicto cuando por lo menos tenga el hábito seis meses.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Si o No.
Nombre:	Sexo.
Definición conceptual:	Condición biológica que diferencia al macho de la hembra.
Definición operacional:	De acuerdo a las características físicas del adolescente.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Masculino, Femenino.
Nombre:	Edad.
Definición conceptual:	El tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.
Definición operacional:	La edad referida por el paciente en el momento de la encuesta.

Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	10-14 y 15-20.
Nombre:	Escolaridad.
Definición conceptual:	Periodo durante el cual se asiste a una institución educativa para adquirir un grado académico.
Definición operacional:	Grado académico referido en el momento de la encuesta.
Escala de medición:	Ordinal.
Categorías:	Nula, primaria, secundaria, preparatoria.
Nombre:	Estado civil.
Definición conceptual:	Relación legal ante la sociedad de dos personas.
Definición operacional:	Relación legal establecida en la fecha de la encuesta.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Unido (casado, unión libre), no unido (Soltero, divorciado)
Nombre:	Nivel socioeconómico.
Definición conceptual:	Recta administración de los bienes de una familia o sociedad
Definición operacional:	Grado de administración de los bienes que tiene familia en el momento de la encuesta valorada por el método Graffar. Estrato alto (04-06) Medio alto (07-09) Medio bajo (10-12) Obrero (13-16) Marginal (17-20).
Escala de medición:	Ordinal.
Categorías:	Estrato alto, Medio alto, Medio bajo, Obrero, Marginal.

Nombre: **Lugar de residencia.**
Definición conceptual: Lugar donde habitualmente vive una persona.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Urbana o Rural.

Nombre: **Ocupación.**
Definición conceptual: Actividad cotidiana realizada por una persona.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Estudiante o Trabajador.

Nombre: **Hacinamiento.**
Definición conceptual: Agrupación numerosa en una vivienda, de más de 3 personas por cuarto.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Sí, No.

Nombre: **Edad de inicio de la adicción.**
Definición conceptual: Años en la que comenzó a utilizar una droga.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: De razón.
Categorías: ---

Nombre: **Tipo de adicción.**
Definición conceptual: Característica de la droga utilizada.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado a la momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Tabaco, alcohol, marihuana, etc.

Nombre: **Costo de las toxicomanías.**
Definición conceptual: Precio para obtener una droga.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Gratis, bajo o alto.

Nombre: **Adquisición de las toxicomanías.**
Definición conceptual: Grado de dificultad para conseguir la droga.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Fácil, Difícil.

Nombre: **Antecedente de adicción familiar.**
Definición conceptual: Existencia de un pariente con cierta toxicomanía.
Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si, No.

Nombre: **Integración familiar.**

Definición conceptual: Grado de cohesión de una familia.

Definición operacional: Según refiera el entrevistado al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Integrada, Desintegrada.

Nombre: **Tipo de familia.**

Definición conceptual: La familia es una unidad microsociaI totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

Definición operacional: Tipo de familia de origen que se detecte en el momento de realizar la encuesta o antes del embarazo. De acuerdo a su desarrollo, a su demografía y por su conformación.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Desarrollo: Moderna o tradicional.

Demografía: Urbana o rural.

Conformación: Nuclear, seminuclear, extensa y extensa compuesta.

Nombre: **Funcionalidad familiar.**

Definición conceptual: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Definición operacional:	Grado de funcionalidad familiar para el entrevistado en el momento de aplicación de la encuesta de acuerdo al método de APGAR familiar.
Escala de medición:	Ordinal.
Categoría:	0 a 3 disfunción severa, 4 a 6 disfunción moderada, 7 a 10 familia funcional.

5.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Una vez autorizado el protocolo, se procedió a efectuar las entrevistas a los adolescentes que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 55 del IMSS en Fresnillo, Zacatecas, durante el periodo de enero a junio de 2004, mediante una hoja de recolección de datos previamente elaborada, en las que se incluían las variables en estudio (Anexo 2), posteriormente se capturaron esos datos en el programa Excel, al finalizar se procedió a su análisis mediante el programa SPSS ver. 10 para realizar, estadística descriptiva, determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para variables cualitativas. Para determinar asociación de los factores condicionantes, se utilizo razón de momios con sus intervalos de confianza en 95% y prueba de Chi cuadrada o exacta de fisher para la significancia estadística, considerando el valor de $P < 0.05$.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Por la naturaleza del estudio no contraviene las disposiciones emitidas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta la de Edimburgo Escocia en

el 2002. Así como las dispuestas por la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos para investigación en humanos.

El protocolo fue autorizado por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona con Medicina familiar No. 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

Se solicitó el consentimiento informado de los participantes asegurando la confidencialidad de los datos (Anexo 1).

6. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 384 adolescentes con promedio de edad de 16.3 ± 2.1 años, y rango de 10 a 20 años.

De las características sociodemográficas: se separaron por grupos a los adolescentes con toxicomanías y sin toxicomanías, el predominio de adicciones en cuanto al sexo fue el masculino con 52% (cuadro 1), el estado civil no unido (solteros, unión libre) con 90.1% (cuadro 2), el nivel socioeconómico obrero con 33.1%, seguido del medio bajo con 32.2% y el medio alto con 25.7% (cuadro 3), la procedencia urbana 91.1% (cuadro 4), la escolaridad de secundaria y más 90.1% (cuadro 5)

Los padres con toxicomanías fueron 185 (48.2%) y las madres fueron 71 (18.5%); predominó el tabaco en ambos (cuadro 6,7). En el número de personas por habitación con toxicomanías predominó el de 2 personas con 52.5%, seguido por la de una persona 34.8%. (cuadro 8)

Las toxicomanías predominaban en las familias nucleares 71.8% (cuadro 9), en la familia tradicional 64.8% (cuadro 10), en la familia integrada 63.4% (cuadro 11), la familia con disfunción moderada 45% y la familia funcional 69.7% (cuadro 12).

El tipo de adicción más frecuente en los adolescentes fue el tabaco con el alcohol 40%, tabaco solo 22% y alcohol solo 7.4% (cuadro 13). La obtención de la droga comprada fue en el 37.3%, seguida de la comprada y regalada en el 25%. (cuadro 14)

Los factores sociodemográficos y familiares asociados con significancia estadística fueron el sexo masculino con Razón de Momios (RM) 2.01, con Intervalo de Confianza del 95% (IC95%) de 1.30-3.10, y valor $p < 0.001$. Escolaridad alta (secundaria y más) con RM 3.54, IC95% 1.94-6.48, $p < 0.001$; Adicción del padre con

RM 1.78, IC95% 1.17-2.73, $p=0.004$; adicción de la madre con RM 2.10, IC95% 1.18-3.75, $p=0.006$. Factores protectores resultaron el nivel socioeconómico bajo RM 0.50, IC95% 0.30-0.83, $p<0.004$; hacinamiento con RM 0.50, IC95% 0.28-0.88, $p<0.001$.

(Cuadro 22)

De las características familiares asociadas con adicciones en adolescentes con significancia estadística fueron la familia moderna con RM 1.69, IC95% 1.06-2.70, $p=0.02$. La familia disintegrada con RM 2.96, IC95% 1.77-4.98, $p<0.001$. La familia disfuncional con RM 3.71, IC95% 2.37-5.82, $p<0.001$. (cuadro 16)

Cuadro 1. Sexo de los adolescentes con y sin toxicomanías adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004.

SEXO	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Femenino	98	48.0	117	64.8
Masculino	106	52.0	63	35.2
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 2. Estado civil con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

ESTADO CIVIL	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Unida	21	9.9	19	11.0
No unida	183	90.1	161	89.0
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 3. Nivel socioeconómico con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

NIVEL SOCIOECONÓMICO	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	10	4.5	2	1.6
Medio alto	52	25.7	30	16.5
Medio bajo	65	32.2	54	29.7
Obrero	68	33.1	85	47.2
Marginal	9	4.5	9	5.0
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 4. Residencia de los adolescentes con y sin toxicomanías adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

RESIDENCIA	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Urbana	186	91.1	165	91.6
Rural	18	8.9	15	8.4
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 5. Escolaridad con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

ESCOLARIDAD	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	20	9.9	50	27.8
Secundaria y más	184	90.1	130	72.2
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 6. Tipo de toxicomanías de los Padres de los adolescentes con adicciones adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004.

TOXICOMANÍAS DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tabaco	93	50.4
Alcohol	62	33.5
Marihuana	4	2.6
Cocaína	3	1.6
Tabaco y alcohol	20	10.7
Alcohol y marihuana	1	0.54
Tabaco, alcohol, marihuana	1	0.54
Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína	1	0.54
TOTAL	185	100.0

Fuente: Encuestas.

Cuadro 7. Tipo de toxicomanías de las Madres de los adolescentes con adicción adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004.

TOXICOMANÍAS DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tabaco	63	88.8
Alcohol	6	8.4
Marihuana	1	1.4
Tabaco y alcohol	1	1.4
TOTAL	71	100.0

Fuente: Encuestas.

Cuadro 8. Personas por habitación con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

PERSONAS POR HABITACIÓN	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	71	34.8	51	28.3
2	107	52.5	88	48.9
3	20	9.8	28	15.6
4	6	2.9	13	7.2
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 9. Composición familiar con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

COMPOSICIÓN FAMILIAR	CON TOXÍCOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nuclear	147	71.8	138	76.9
Extensa	34	16.8	34	18.7
Extensa compuesta	23	11.4	8	4.4
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 10. Tipo de familia según su desarrollo con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

DESARROLLO FAMILIAR	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Moderna	72	35.2	44	24.2
Tradicional	132	64.8	136	75.8
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 11. Integración familiar con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

INTEGRACIÓN FAMILIAR	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Integrada	130	63.4	151	84.1
Semi-integrada	57	28.2	25	13.7
Desintegrada	17	8.4	4	2.2
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 12. Funcionalidad familiar con y sin toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CON TOXICOMANÍAS		SIN TOXICOMANÍAS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Disfunción severa	31	15.4	5	2.8
Disfunción moderada	93	45.0	48	27.5
Funcional	80	39.6	127	69.7
TOTAL	204	100.0	180	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 13. Tipo de toxicomanías en los adolescentes adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004.

TOXICOMANÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tabaco	45	22.0
Alcohol	15	7.4
Marihuana	2	1.0
Cocaína	1	0.5
Tabaco y alcohol	82	40.0
Tabaco y marihuana	6	3.0
Tabaco y cocaína	5	2.5
Tabaco y cemento	1	0.5
Alcohol y marihuana	15	7.4
Alcohol y cocaína	4	2.0
Alcohol y cemento	1	0.5
Tabaco, alcohol, marihuana	7	3.4
Tabaco, alcohol, cocaína	10	5.0
Tabaco, alcohol, cemento	2	1.0
Alcohol, marihuana, cocaína	1	0.5
Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína	3	1.4
Alcohol, marihuana, cocaína, cemento	1	0.5
Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, cemento	3	1.4
TOTAL	204	100.0

Fuente: Encuestas.

Cuadro 14. Como obtienen la droga los adolescentes con toxicomanías adscritos a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2004.

OBTENCIÓN DE LA DROGA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Regalada	26	12.7
Compra	76	37.3
Roba	4	2.0
Regalada y comprada	51	25.0
Regalada y robada	20	9.8
Compra y roba	10	4.9
Regalada, compra y roba	17	8.3
TOTAL	204	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 15. Factores sociodemográficos asociados toxicomanías en adolescentes adscritos a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zac. 2004.

FACTORES	TOXICOMANÍAS		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Estado civil					
Unida	21	19	1.00	---	---
No unida	183	161	1.03	0.51-2.08	0.933
Sexo					
Femenino	98	117	1.00	---	---
Masculino	106	63	2.01	1.30-3.10	<0.001
Residencia					
Rural	18	15	1.00	---	---
Urbana	186	165	1.00	0.43-2.03	0.864
Nivel socioeconómico					
Alto	127	86	1.00	---	---
Bajo	77	94	0.55	0.36-0.85	0.004
Escolaridad					
Baja	20	50	1.00	---	---
Alta	184	130	3.54	1.94-6.48	<0.001
Hacinamiento					
No	178	139	1.0	---	---
Si	26	41	0.50	0.28-0.88	<0.001
Adicción del Padre					
No	92	107	1.0	---	---
Si	112	73	1.78	1.17-2.73	0.004
Adicción de la Madre					
No	156	157	1.0	---	---
Si	48	23	2.10	1.18-3.75	0.006

Fuente: Encuestas.

*Prueba: X^2

Cuadro 16. Características de la familia asociadas toxicomanías en adolescentes adscritos a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zac. 2004.

CARACTERÍSTICAS	TOXICOMANÍAS		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Tipo de Familia					
Nuclear	147	138	1.00	---	---
Extensa, compuesta	57	42	1.27	0.78-2.07	0.302
Tipo desarrollo					
Tradicional	132	136	1.00	---	---
Moderna	72	44	1.69	1.06-2.70	0.020
Tipo integración					
Integrada	130	151	1.00	---	---
Desintegrada	74	29	2.96	1.77-4.98	<0.001
Funcionalidad Fam.					
Funcional	80	127	1.00	---	---
Disfuncional	124	53	3.71	2.37-5.82	<0.001

Fuente: Encuestas.

*Prueba: X^2

7. DISCUSIÓN

La prevalencia de toxicomanías en los adolescentes de nuestra Unidad de Medicina Familiar No. 55 en Fresnillo, Zac. considerando tabaco, alcohol y drogas ilícitas es del 53.1%.

En cuanto al sexo se encontró en nuestro estudio los porcentajes similares en ambos sexos, resultados muy semejantes a los reportados en otras investigaciones^{3, 8,15,17} esto se debe a que se han sumado más rápidamente las mujeres en los últimos años a las adicciones.

El ser soltero predominó en nuestro estudio al igual que en otras investigaciones^{14, 15} Estos resultados son porque las investigaciones se han enfocado a la población estudiantil en que la gran mayoría aún no se casa.

La mayor prevalencia fue en el nivel socioeconómico medio bajo en nuestro estudio resultados similares son los encontrados en otras investigaciones,^{5,11,16,18} contrastando con otras investigaciones¹⁰ donde no importa el nivel socioeconómico para el uso de toxicomanías, esto tal vez se deba a la facilidad de adquisición de la droga, por el tipo de población estudiada.

El predominio de las toxicomanías en el grado de escolaridad de secundaria y más, se debe a que es cuando ya se sienten los adolescentes grandes e inicia la imitación del adulto predomina las toxicomanías, nuestros resultados son muy similares a los encontrados en otras investigaciones³⁻¹⁷

Las toxicomanías por parte de los padres es un factor de suma importancia para que el adolescente experimente el consumo de drogas, lo mismo reportan otros investigadores,⁵ esto se debe a que la familia enseña los patrones socioculturales aceptables.

En cuanto al tipo de drogas que se consumen en nuestro estudio se reporta en primer lugar el tabaco seguido del alcohol al igual que en otras investigaciones son los de primer consumo¹⁰

La familia integrada en nuestro estudio fue mayor en contraste con otros estudios donde la desintegración familiar como la disfunción familiar, es un factor de riesgo para que el adolescente se refugie en las drogas por los problemas ocasionados,¹⁷ estos datos puede ser porque ese estudio se realizo en población abierta.

A diferencia de estudios previos en que existe una relación entre las adicciones y el nivel socioeconómico y escolaridad bajo,² en nuestro estudio fue un factor protector el primero, esta diferencia puede ser por la incapacidad económica de adquirir las adicciones; y para el segundo tal vez por la edad mayor que ello implica, hay más interacción en grupo en reuniones que están mediadas por las adicciones.

Contrario a lo esperado el hacinamiento fue un factor protector, la premisa supuesta, fue que favorecía la imitación si algunos de los padres la presentaban, al considerarlo normal o socialmente aceptable. A pesar de esto los padres que presentaban alguna adicción se asociaron casi dos veces a las adicciones en los adolescentes estudiados.

De las características familiares estudiadas la familia moderna se relacionó dos veces más que la tradicional a las adicciones de los adolescentes, puede ser por el menor tiempo que tienen los padres trabajadores a la vigilancia de los hijos. La familia desintegrada y disfuncional se asociaron casi tres y cuatro veces respectivamente a las adicciones, aunque no podemos establecer el sentido causal de la desintegración ó disfuncionalidad familiar-adicción, o viceversa. Por lo que este sería un punto de partida de otro estudio enfocado a dilucidar este problema. También llama la atención el porcentaje tan alto de disfuncionalidad familiar encontrado tanto con adicción del

60.4% y sin adicción del 30.3%, que refleja obviamente la visión familiar de los adolescentes, obtenida mediante el APGAR familiar, que hubiera sido conveniente aplicarlo a los padres para obtener una visión más global por parte de más miembros de la familia.

La familia, como núcleo de socialización primaria, no ha jugado hasta la fecha el importante papel que le corresponde en la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes. Con mucha frecuencia ha sido un ámbito de intervención de segunda clase en el que su potencial preventivo ha estado subordinado, como complemento de apoyo, a otro tipo de actuaciones preventivas.

Los programas sistemáticos basados en el entrenamiento de habilidades que han sido bien evaluados demuestran que la prevención familiar del consumo de drogas puede mejorar significativamente la conducta de los padres y de los hijos, así como el funcionamiento familiar.

Se sabe que una importante fuente de factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas provienen del ámbito familiar ^{2,7} y también que los padres ejercen una influencia duradera sobre los valores, actitudes y creencias de los hijos. ⁴

Al inicio del nuevo milenio, en el contexto de las grandes transiciones demográficas y sociales, las adicciones presentan nuevos retos. Los jóvenes, población más vulnerable al abuso de drogas, seguirá aumentando en porcentaje, habrá más personas de la tercera edad con nuevos problemas; los ricos tendrán más recursos para consumir drogas y los pobres tendrán más problemas pues consumirán drogas de menos calidad, y los problemas inherentes a la pobreza se sumarán aquellos derivados del abuso de sustancias con menores recursos para atenderlos.

8. CONCLUSIÓN

La prevalencia general de adicciones fue de 53.1%, en los hombres del 27.6% y en las mujeres del 25.5%.

Los factores asociados fueron: Sexo masculino, escolaridad de secundaria y más, presencia de adicciones del padre y de la madre, familia moderna, desintegrada, y disfuncional.

Y como factor protectores el nivel socioeconómico y la escolaridad baja.

Estos resultados nos dan un panorama de las adicciones en los adolescentes y sobre todo elementos en donde intervenir específicamente como médicos familiares. El esquema institucional de atención, es más una barrera que un facilitador para el ejercicio de la medicina familiar, en este caso resalta de gran manera, pues en la consulta cotidiana es escaso el número de adolescentes que se atienden, y por ello no existen oportunidades para su intervención. Por lo tanto, hay que crear estrategias para abordar este tipo problemas institucionalmente.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consumo de Drogas. (Sitio en Internet) Disponible en:
http://members.tripod.com/drogas/consumode_drogas.html. Acceso el 20 marzo 2004.
2. Raydel. Valdez. M S. Juan Manuel Michael, M D. Ruiz Hernández. M D. Melania Hernández M Mauricio Hernández-Ávila M. Tendencia del consumo del tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México 1989-1998. *Sal Pub Méx.* 2002; 44 supl 1:S44 – S46.
3. Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P, Juárez F. ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes Medición otoño del 2000. *Sal Mental* 2002; 25(1):43-53.
4. Medina ME, Rojas GE, La demanda de drogas México en la perspectiva internacional. *Salud ment* 2003; 26(2): 1-10.
5. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. En <http://www.conadic.gob.mx/doctos/ena2002/ena02-0-pdf>. Acceso 20 marzo 2004.
6. Medina-Mora ME, Natera G, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud publica drogas alcohol y sociedad. *Salud Ment* 2001; 24(4):3-17.
7. Mariño MC, González-Forteza C, Andrade P, Medina-Mora ME. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Ment* 1988; 21(1):27-36.
8. Lara MS, Romero M, De-la-Rosa-Stern C, Molina K. Percepción que tiene una comunidad sobre el uso de solventes inhalables. *Salud Ment* 1988; 21(2):19-27.

9. Knight JF. La joven moderna y el sexo. Como evitar la ruina de los jóvenes
México DF: Asociación Publicadora Interamericana: 1992. p.146 – 163.
10. Sensores R, Giraldo-Buitrago F, Valdemar-Vázquez F, Ramírez-Vegas A,
Sandoval RA. Impacto de los medios de comunicación masiva en una campaña
antitabaco. Sal Pub Méx 2002; 44 supl 1:S101-S108.
11. Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P. Del tabaco
al uso de otras drogas. El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de
usar otras drogas. Sal Pub Méx. 2002; 44 supl 1:S109-S115.
12. Solorio MR, Stevens NG. Atención sanitaria del adolescente. En: Taylor RB.
Medicina de familia principios y practica. 5ª. Ed. España; Edit MASSON: 2002.
p. 219-230.
13. Knight JF. El joven moderno y el sexo. Como evitar la ruina de los jóvenes
México DF: Asociación Publicadora Interamericana: 1992. p. 166-179.
14. Schulz JE. Atención a los pacientes que abusan de drogas. En: Taylor RB.
Medicina de familia principios y practica. 5ª. Ed. España; Edit Masson: 2002. p.
543-549.
15. Rojas E, Medina ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S. Evolución
del consumo de drogas entre estudiantes del DF. Salud Ment 1998; 21(1):37-42
16. Tapia-Conyer R, Cravioto P. Historia natural del consumo de la cocaína: el caso
de ciudad Juárez, Chihuahua. Salud Ment 2003; 26(2):12-21.
17. 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 Ment 1998; 21(2):29- 35.

18. Wagner FA, González-Fortaleza C, Aguilera R, Ramos-Lira EL, Medina –Mora ME. Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria en la ciudad de México. *Salud Ment* 2003 26(2) :22-32.
19. Parada- Toro I, Arredondo LA, Arjonilla-Alday S. Costos de hospitalización por farmacodependencia para población no asegurada en México. *Salud Ment.* 2003 26(4):17-24
20. Irigoyen-Coria A. Tipología familiar. Nuevos fundamentos de medicina familiar mexicana. México DF; Edit. Medicina Familiar Mexicana: 2002. p.151
21. Huerta GJ. PAC MEDICINA FAMILIAR-1. México DF: Intersistemas; 1999. p. 56-57.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1. Cédula de recolección de datos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UMF No. 55 FRESNILLO, ZACATECAS.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO PARA TOXICOMANIAS EN ADOLESCENTES”

Fecha: _____ Folio: _____

1. Edad: _____ 2. Estado Civil: (1): _____ unido. (2): _____ no unido
3. Sexo: (1): _____ Femenino (2): _____ Masculino.
4. Lugar de residencia: (1): _____ Urbana. (2): _____ Rural.

5. NIVEL SOCIECONÓMICO (Método de Graffar).

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA:

- 1.- Universitario, alto comerciante. Gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante, ó de la pequeña industria etc.
- 3.- Empleado sin profesión técnica, definida, ó universidad inconclusa.
- 4.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- Obrero no especializado, servicio domestico, etc.

B).- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

- 1.- Universitaria ó su equivalente.
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- Secundaria incompleta ó técnico inferior (cursos cortos)
- 4.- Educación primaria completa.
- 5.- Primaria incompleta, analfabeta.

C).- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS:

- 1.- Fortuna heredada ó adquirida repentinamente grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.). Deportistas profesionales.
- 3.- Sueldo quincenal ó mensual.
- 4.- Salario diario ó semanal.
- 5.- Ingresos de origen público ó privado (subsidios).

D).- CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- 1.- Vivienda amplia, lujosa, y óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3.- Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
- 4.- Vivienda con espacios amplios ó reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.

5.- Vivienda improvisada, construida materiales de desecho ó de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

6. ¿Quien vive con tigo?

Parentesco	Estado Civil	Ocupación	Escolaridad	Tipo adicción	Sustento económico

7. El jefe de familia cumple con sus obligaciones: (1) __ Si. (2) __ No.
(3) __ Ocasionalmente.

8. APGAR FAMILIAR

	Casi nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2
¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Discuten entre ustedes el problema que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Estas satisfecho con el tiempo que tu familia y tú permanecen juntos?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

9. ¿Cuántas personas duermen en un cuarto?: (1) __ una. (2) __ dos. (3) __ tres.
(4) __ más de cuatro.

10. ¿Tienes alguna adicción?: (1) ____ Si. (2) ____ No.

11. ¿Que tipo de adicción tienes?: (1) __ tabaco. (2) __ alcohol. (3) __ marihuana.
(4) ____ cocaína. (5) ____ cemento (6) otros especifique _____

12. ¿A que edad iniciaste la adicción?: _____

13. ¿A tu situación económica te es fácil comprarla? (1) ____ Si. (2) ____ No.

14. ¿Como la consigues?: (1) _____ te la regalan. (2) _____ la compras. (3) _____ has robado para conseguirla.

10.2 Anexo2. Calificación de los Instrumentos utilizados:

A. Método de Graffar:

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cinco variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, de acuerdo a la siguiente tabla:

04-06: Estrato alto

07-09: Medio alto

10-12: Medio bajo

13-16: Obrero

17-20: Marginal

B. APGAR Familiar:

0 a 3 disfunción severa.

4 a 6 disfunción moderada.

7 a 10 familia funcional.

10.3 Anexo 3. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO PARA TOXICOMANIAS EN ADOLESCENTES" Registrado ante el comité local de investigación medica con el número _____.

El objetivo de este estudio determinar los factores de riesgo para las toxicomanías en adolescentes. Con la finalidad de prevenir las adicciones. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar únicamente un cuestionario.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como ha responder cualquier pregunta y aclara duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios ó cualquier otro asunto relacionado con la investigación ó con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones ó publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Fresnillo, Zac. a _____ de _____ de 2003.

Nombre y firma del paciente

Dr. Aureliano Martínez Contreras.
Matricula 7218141

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo.