

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 20

***“ABUSO DE SUSTANCIAS Y FACTORES
RELACIONADOS CON LA FAMILIA EN LOS
ADOLESCENTES”***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ESPITIA FLORES MARÍA MAGDALENA

TUTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ASESOR METODOLÓGICO

**DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE
SOTOMAYOR**

GENERACIÓN 2008 – 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

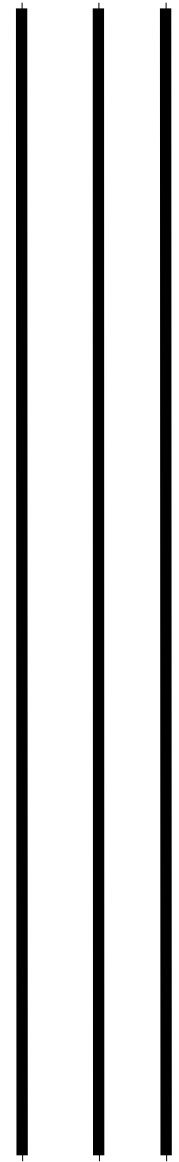


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



Agradecimientos:

A Dios, por permitirme llegar a esta etapa de la vida.

A los mi esposo e hijos de mi vida por estar conmigo en todo momento.

A mis profesores por su enseñanza y por compartir su experiencia, con tan solo la intención de ayudar a mi formación.

A mis compañeros por ser como son y por aceptarme de la misma forma, haciendo que cada día fuera un estímulo para seguir adelante.

A mi madre por esa fortaleza heredada y alimentada en todo momento la cual, no me permitió claudicar en los momentos más difíciles y que aunque ya no está conmigo, se que se siente orgullosa.

A mis hermanos y sobrinos porque son un motivo más para seguir adelante.

ÍNDICE

PÁGINA

• Título	
• Resumen	
Marco Teórico	1
Planteamiento del problema	8
Pregunta de investigación	9
Objetivos	10
Justificación	10
Hipótesis	11
Sujetos, material y métodos	12
• Resultados	20
• Discusión	36
• Conclusiones	38
• Recomendaciones	41
• Referencias	43

Abuso de sustancias y factores relacionados con la familia en los adolescentes

Espitia-Flores María Magdalena ¹, Aguirre-García María del Carmen ² Lavielle-SotoMayor Maria del Pilar ³

1.-Medico residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20

2.-Medica Familiar, Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20 IMSS

3.-Investigador Asociado B, CMN siglo XXI, IMSS, Hospital General de México OD

Objetivo: Conocer los factores familiares que se relacionan el abuso de sustancias legales e ilegales en los adolescentes. **Material y método:** Estudio transversal analítico a 631 adolescentes entre los 14 a 20 años de edad, previo consentimiento del tutor, se encuestaron: datos socio-demográficos, escala de funcionamiento familiar, FACES III y escala de funcionamiento familiar Emma Espejel. Análisis con estadística descriptiva y analítica diferencial, para realizar pruebas de asociación de acuerdo a la escala de medición de las variables. **Resultados:** La prevalencia del consumo de alcohol fue de 43.7% entre los adolescentes y la edad de inicio fue menores de 13 años en 52.4%, seguidos de los adolescentes de 14 años con un 47.6%. El consumo de drogas por primera vez fue en menores de 13 años en 22.4% y mayores de 14 años en 77.6%. La edad se relacionó con el consumo Alcohol. A mayor edad, mayor es el consumo de alcohol de moderado a excesivo. Las variables relacionadas al consumo de drogas fueron el sexo masculino y la edad. En cuanto a los factores relacionados con la familia fue la adaptabilidad familiar funcional es un factor protector para el consumo de drogas y alcohol. **Conclusiones:** Encontramos una prevalencia del consumo de alcohol y drogas similar a reportadas en bibliografías nacionales e internacionales las cuales indican un aumento en el consumo de sustancias, una disminución en la edad de inicio y la adaptabilidad familiar como un factor de protección.

Palabras clave: Adolescentes, consumo de sustancias, alcohol, drogas y factores familiares.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes.

El alto consumo de sustancias legales e ilegales y los problemas sociales derivados de esta conducta hacen que éste sea uno de los problemas de salud más importantes que enfrenta la sociedad mundial en nuestra época. Se estima que el 5% de la población mundial; el equivalente a 200 millones de personas, han consumido dichas sustancias al menos una vez en el último año. En la población general se encontró estabilidad en las prevalencias en su consumo, excepto para el consumo de alcohol y marihuana que aumento en los últimos años afectando a personas cada vez más jóvenes quienes durante esta etapa son más vulnerables al inicio del consumo de drogas y alcohol.(1)

La etiología de las toxicomanías no está completamente definida, no obstante, existe un consenso de la comunidad científica internacional, que la considera multifactorial, e incluye entre otros factores: la vulnerabilidad genética, los estresores sociales, los problemas psiquiátricos, la familia negativa y las características individuales de la personalidad. Esta realidad nos permite valorar que la etiología de estos trastornos está condicionada por factores biopsicosociales. (2)

El consumo de alcohol y/o drogas se inicia frecuentemente durante la adolescencia, período crucial para el desarrollo individual y familiar, en el que las crisis normativas alcanzan grandes intensidades, se concretan los procesos de individuación de los hijos y su consecuente separación de la familia. Cuando las habilidades necesarias de los adolescentes para el cumplimiento de las tareas de esta etapa no están presentes o plenamente desarrolladas, el proceso no se cumplirá satisfactoriamente para todas las partes involucradas y aparecerá una conducta sintomática en uno o más de los miembros de la familia, reflejando esta conducta la disfuncionalidad del sistema familiar.

El adolescente que inicia un consumo de drogas que deriva en un abuso y/o adicción a ellas, desarrollaron un proceso de incompleta "individuación-relacional", es decir, una insuficiente diferenciación individual y una inadecuada capacidad de mantener dicha diferenciación al interactuar en los grupos en los cuales participa,

lo que constituyo un factor de enorme riesgo de adherirse a conductas "patológicas" ; lo que da como resultado una muestra de la escasa autonomía con respecto del sistema social y familiar.

El consumo de drogas, sus problemas asociados favorece y estimulan la mantención de la escasa autonomía, ya que la familia desalienta la emancipación del adolescente, culpabilizando al consumo de la droga como causa de este fracaso, distrayéndose así la mirada respecto de la disfuncionalidad en la que la totalidad de la familia está inmersa (1).

En estudios de familias con un miembro abusador y/o adicto a alcohol y/o drogas se identificaron patrones conductuales disfuncionales recurrentes tanto en los padres (sobrepotección materna, en particular hacia el hijo que desarrollará la conducta; padre distante o ausente, o bien excesivamente castigador, autoritario o violento) como en el adolescente (dependiente e inadaptado, con problemas conductuales, comportamiento antisocial, abandono escolar e iniciación precoz de la vida sexual), existiendo frecuentemente también un hermano parentalizado. (3)

En la dinámica familiar se ha descrito una insuficiente diferenciación entre los subsistemas conyugal y fraterno, incongruencias en el ordenamiento jerárquico y una distorsión en la alianza conyugal caracterizada por la inclusión de los hijos como terceros participantes en el conflicto de aquélla.

Otras dinámicas influyentes en el consumo de sustancias son los grados de cohesión, adaptabilidad, unión familiar, y la felicidad marital de los padres. Desde la perspectiva de la estructura familiar, se ha reportado una tendencia a mayores consumos en los hijos de familias uniparentales y/o padrastros, lo que resulta más claramente significativo en las mujeres, las que muestran una menor tendencia a conductas problemas y consumo de sustancias, y una mayor tendencia a ser prosociales cuando provienen de familias intactas. Se ha encontrado que los provenientes de familias extremas tienden a un mayor consumo que los provenientes de familias balanceadas, aunque sea cual sea el tipo de familia se mantiene la influencia del grupo de pares (4).

Principalmente el alcohol en el ámbito social determina consecuencias personales, familiares y laborales de las que el consumidor tratará de evadirse con sustancias “más potentes”, y en el plano espiritual el alcoholismo determina un deterioro de los más altos valores con la consecuente marginación y vinculación a personas con politoxicomanías.

La edad de inicio, en esta etapa tan temprana de la vida, está dada por las características propias de la adolescencia, en la que predominan la imitación, la curiosidad, la experimentación y la búsqueda de sensaciones, entre otras.

La obtención de placer representa vía hedónica de consumo, la cual es frecuente en sujetos disociales y en jóvenes procedentes de medios familiares económicamente holgados, que por error han sido habituados a la satisfacción excesiva de sus necesidades de recreación.

En México la ENSANUT 2006 reporta; el consumo de alcohol como conducta de riesgo (cinco copas o más por ocasión); en el grupo de edad de 16 a 19 años, el 21% de los hombres consumen alcohol sin moderación una o dos veces a la semana, en tanto que las mujeres en el mismo grupo de edad lo consumen en un 10% con la misma frecuencia. En la década de 1980 los expertos de la OMS propusieron abordar el complejo fenómeno del consumo de alcohol, desde una perspectiva integral, con base en el hecho indiscutible de que el hombre es un ser biopsicosocial, y sus colaboradores definieron el modelo integral del consumo de sustancias (modelo de iniciación, continuación e interrupción del consumo). En ocasiones, el sujeto que consume por primera vez alcohol experimenta ciertos efectos placenteros que buscaba pero también algunas sensaciones negativas, como arrepentimiento y culpa. Asimismo, puede suceder que durante la primera ocasión en que se consume este tipo de sustancias se presentan mareos, vómitos, alucinaciones aterradoras, etcétera. (5)

En el primer caso, es posible que el individuo se transforme en consumidor ocasional, y a través del tiempo, en un verdadero adicto. En el segundo caso, lo más probable es que el sujeto no avance a etapas más riesgosas. El tránsito por cualquiera de ambos caminos depende de toda una gama de factores sociales e individuales (psicológicos y físicos). Precisamente por ello se denomina a este modelo integral, ya que, considera esta interacción en la totalidad del adolescente. (6)

Entre las causas de carácter social hay elementos más o menos remotos (la sociedad, la cultura a que se pertenece, el nivel sociocultural) junto a otros más o menos recientes (la

familia, los amigos). Aún cuando los factores sociales son circunstanciales, no son determinantes.

Es indispensable su interacción con los factores individuales orgánicos y psicológicos para favorecer la inclinación al consumo de sustancias. Está plenamente demostrado que algunas personas, a causa de su propia constitución y a ciertas características orgánicas heredadas son más proclives al abuso de estas sustancias. Sin embargo, reiteramos que: es indispensable que esas condiciones interactúen con los elementos socioculturales (la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a una sociedad permisiva, etc.). Un aspecto importante a destacar es que en cualquier momento, el individuo puede retroceder, es decir dejar de consumirla. Sin embargo, es indudable que a medida que se consume con más frecuencia y en mayores dosis, las posibilidades de suspender el consumo son más remotas.

Existen diversidad de teorías para tratar de explicar las conductas de riesgo de los adolescentes, pero una de las cuales es representativa es la de Jessor, que incluye las conductas de riesgo bajo una nueva perspectiva, su perspectiva se basa en que en los últimos años, está surgiendo un nuevo paradigma, la ciencia conductual del desarrollo, la cual ha cambiado todos los aspectos de la comprensión de los jóvenes, exigiendo también, la inclusión de un gran número de elementos y variables. Bajo este planteamiento se hace imprescindible la interacción persona-contexto, que había sido omitida u obviada desde otras teorías.

La teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza por la complejidad con la que hace interaccionar distintos elementos para poder explicar las conductas adictivas. Esta teoría considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. (7)

Desde esta teoría se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Esta es la que prevalece en los Jóvenes Mexicanos.

La teoría otorga un gran peso para explicar la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a partir de la pobreza organizada socialmente, la desigualdad

y la discriminación, elementos fundamentales para considerar a una parte de la población en la que este autor ha llamado riesgo. Jessor se basa para esta afirmación en los datos proporcionados por dos fuentes:

La epidemiología conductual y la psicología social y del desarrollo. En el modelo que Jessor presenta, lo que interesa es conocer cuáles son los factores que derivan conductas de riesgo, sobre todo previas a la fase de experimentación, que es donde influye esta para el consumo de determinada sustancia. Dentro de las conductas problema considera Jessor el uso de sustancias psicoactivas, delincuencia y el conducir bebido , en las conductas relacionadas con la salud, la alimentación no saludable, el consumo de tabaco, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad y dentro de la conducta escolar, la inasistencia, el abandono de la escuela y consumo de sustancias consideradas lícitas.

Finalmente, los resultados del riesgo que el autor conceptúa como los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud (dolencias /enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal (autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio) y la preparación para la vida adulta (escasas capacidades laborales, desempleo y falta de motivación).

Existen otras posturas de autores que han hecho estudios relacionados a los factores y conductas de riesgo como lo explica: La Asociación Americana de Psiquiatría, considera que el abuso de sustancias se caracteriza por un patrón de consumo exagerado durante un periodo de 12 meses que le impide desarrollar su vida social normalmente. El uso y abuso de sustancias es muy común entre los adolescentes y puede tener consecuencias graves. Un 50% de las muertes debidas a accidentes, homicidios y suicidios, de personas entre los 15-24 años, tienen que ver con el abuso del alcohol. El consumo de sustancias contribuye a la agresión física y sexual, en casos como el asalto y la violación.

Las posibles etapas de la experiencia del adolescente con el alcohol incluye la abstinencia (no uso), la experimentación, el uso regular (tanto recreativo como el

debido a otros problemas, el abuso y la dependencia). El uso recreacional repetitivo y regular puede llevar a otros problemas tales como la ansiedad y la depresión.

Algunos adolescentes hacen uso de sustancias regularmente para compensar el estado de ansiedad, depresión y la falta de destrezas sociales positivas. No se puede perder de vista el uso del tabaco y del alcohol por los adolescentes, porque ambos son umbrales para otras drogas (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes y heroína). La combinación de la curiosidad, el comportamiento asociado con la tendencia a correr riesgos y a las presiones sociales hacen difícil que los adolescentes digan no.

El adolescente con un historial de abuso de sustancias, a quien le faltan las destrezas sociales puede moverse rápidamente de la experimentación hacia patrones de abuso serio o a la dependencia. Algunos otros adolescentes, sin historial familiar de abuso, pero que experimentan, pueden también progresar hacia el abuso y la dependencia. En particular a los adolescentes con un historial familiar de abuso del alcohol se les aconseja que se abstengan y que no experimenten. Nadie puede predecir con seguridad quien abusara o creara dependencia. Los síntomas de abuso incluyen: Una baja en el rendimiento escolar, un cambio en los grupos de amigos, un comportamiento delictivo, y deterioro en las relaciones familiares, puede también haber cambios físicos como ojos enrojecidos, tos persistente, un cambio en los hábitos de comer y dormir. (8)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país permiten inferir que el alcohol es la sustancia más consumida, la más abusada, la más fuertemente asociada a los denominados problemas derivados del uso indebido de sustancias. Se ha observado que el 8.2 % de los individuos que concurren a las salas de emergencias de hospitales públicos del país, deben su ingreso al consumo de alguna sustancia psicoactiva. Y la sustancia de mayor impacto en el sistema de atención de emergencias en el país es el alcohol. El 83.7% de los sujetos que ingresan a las salas de emergencias por el consumo de alguna sustancia (sobredosis, abstinencia, accidentes automovilísticos y de otro tipo: violencia). (9).

El dato más preocupante lo constituyen los jóvenes de entre 13 y 18, ya que estudios previos demuestran que 6 de cada 10 estudiantes entre 13 y 18 años ha ingerido alcohol y el 27% de los estudiantes se ha emborrachado en el último mes (10).

A partir de este escenario es que, tanto en el ámbito nacional como internacional, han proliferado los estudios tendientes a esclarecer los motivos de abuso del alcohol y otras sustancias adictivas. Un sin número de investigaciones permiten concluir que no existen un único factor capaz de explicar el consumo perjudicial de esta sustancia, sino factores que producen un aumento (factores de riesgo) o disminución (factores protectores) en la probabilidad de ocurrencia de tal conducta. Existen sin número de condiciones que promueven el consumo abusivo de sustancias. Se piensa que alguna combinación de estos coinciden en dicha conducta, es por eso que este trabajo está encaminado a conocer la prevalencia actual y los factores familiares relacionados con la ingesta de estas sustancias o por lo menos encaminar la relación que existe entre esos múltiples factores con el abuso de alcohol y drogas en adolescentes que en ocasiones contradicen algunos mitos y prejuicios ampliamente compartidos por la sociedad en general y por los profesionales de la salud. (11)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores familiares que desencadenan el abuso de sustancias legales e ilegales en los adolescentes?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

- Conocer los factores familiares que determinan el abuso de sustancias legales e ilegales en los adolescentes.

Específicos

- Conocer el prevalencia de abuso de sustancias legales (alcohol).
- Determinar la prevalencia de abuso de sustancias ilegales (drogas) en adolescentes.

HIPÓTESIS

El abuso de sustancias legales e ilegales está asociado a factores familiares
(adaptabilidad, cohesión y dinámica familiar)

JUSTIFICACION

Estudios realizados en América latina dan a la familia un peso muy importante para el desarrollo de dichas conductas, es por eso que en este estudio damos especial importancia a los factores familiares y la relación con las conductas de abuso de sustancias en los adolescentes, ya que como se ha concluido en estudios realizados a los adolescentes abusadores de sustancias, la adolescencia es la etapa en donde muchos de ellos ingresan a el consumo abusivo, algunos en porcentajes menores salen o dejan de consumir al avanzar a la siguiente etapa, la de adultos y otros muchos se quedan ahí generando conductas antisociales que repercuten en su estado social, físico, mental y familiar, no permitiéndoles un lugar socialmente aceptable.

SUJETOS, MATERIALES Y METODOS

SUJETOS

El estudio se realizo en estudiantes de bachillerato del CCH Vallejo de la UNAM de los turnos matutino y vespertino. Y se aplico por equipo de salud integrado por 8 residentes.

DISEÑO DE ESTUDIO

Transversal analítico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Alumnos del CCH Vallejo de la UNAM.

- Que se encontraban cursando el primero, tercero o quinto semestre.
- Que pertenecían a los grupos:
 - a)** Primer semestre: 109, 123, 124, 140, 141 y 153
 - b)** Tercer semestre: 316, 331, 332, 337, 342 y 352
 - c)** Quinto semestre: 512, 520, 521, 553, 557, 559 y 568.
 - d)** Hombres y mujeres que deseen participar en el estudio.

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que fueran de grupos diferentes a los grupos referidos previamente.
- Alumnos con alguna imposibilidad para contestar el cuestionario.

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Alumnos que no contestaron más del 20% del cuestionario.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculo a partir de un estudio descriptivo, y se realizo de acuerdo como sigue:

a) Quinto semestre: Se conto con una población de 4276 alumnos, se calculo una prevalencia del 15%, con amplitud total del intervalo de confianza (delta) 0.10 y con un nivel de confianza del 99%, el tamaño de la muestra fue de 314 alumnos.

b) Tercer semestre: Se conto con una población de 3501 alumnos, se calculo una prevalencia del 15%, con amplitud total del intervalo de confianza (delta) 0.10 y con un nivel de confianza del 99%, el tamaño de fue de 309 alumnos.

c) Primer semestre: Se tenía una población de 3558 alumnos, se calculo una prevalencia del 15%, con amplitud total del intervalo de confianza (delta) 0.10 y con un nivel de confianza del 99%, el tamaño de muestra fue de 309 alumnos.

Por lo tanto el número total de alumnos para la muestra del presente estudio fue de 932.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Aleatorizado de forma manual.36 GRUPOS 101-136.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se aplico un cuestionario con las siguientes secciones:

1.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Sexo, edad, semestre y nivel socio-económico.

2.- DATOS DEL FAMILIA:

a) ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.- Cuestionario para evaluación de la funcionalidad familiar, conjunto de pautas transaccionales que establecen de que manera, como cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia que está relacionado. La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa.

Este instrumento fue elaborado por la Dra. Espejel, terapeuta familiar, consta de 35 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de las familias. Ellas son:

1.-Centralidad, este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto.

2.-Roles, son las expectativas que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

3.-Jerarquía, es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, o tomar decisiones.

4.-Límites, son las reglas que son formuladas por las familias. También se consideran como fronteras entre una generación y otra.

5.- Alianzas, se llama a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.

6.- Comunicación: es el intercambio de información a través de los cuales la gente se relaciona a través de los demás.

7.- Modos de control de la conducta swon los patrones que una familia adopta para manejar su conducta sus impulsos y mantener modelos de qué es bueno y qué es malo.

8.- Afectos las manifestaciones de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

9.- Psicopatologías. Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

b) COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD.- (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE, FACES III).- El FACES III es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col.

COHESIÓN: Es el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de la familia entre sí. Grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de una familia

ADAPTABILIDAD: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones, en respuesta a su estrés emocional o de desarrollo.

DEFINICION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
a) DEPENDIENTE			
Consumo de sustancias legales e ilegales	Consiste en la dependencia de sustancias químicas que afectan el SNC y las funciones cerebrales, que producen alteraciones en el comportamiento, en la percepción, en el juicio y en las emociones	Se medirá a través de las respuestas del cuestionario del adolescente con preguntas específicas de consumo de sustancias alcohol y drogas.	Nominal
b) DE CONFUSION			

Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento.	Cuantitativa de razón
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino.	Se observara directamente al Adolescente	Cualitativa nominal
características socio demográficas	Características de nivel sociocultural de los padres, lugar de residencia	Se medirá a través de preguntas: 1.-Que municipio o delegación vives 2.- Grado escolar y ocupación del padre y grado escolar y ocupación de la madre	Nominal (ocupación) ordinal (grado de estudios y ocupación) nominal (municipio o delegación)
B) INDEPENDIENTES			
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Se medirá con el instrumento de funcionalidad funcional y se calificara en funcional o disfuncional	Nominal
Dinámica familiar. Adaptabilidad y cohesión familiar (tercera presentación, faces III)	1- Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. 2- Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí;	Cohesión: 1.- se considera de 10 a 34 familia no relacionada 2.- de 35 a 40 semirelacionada 3.- de 41 a 45 relacionada 4.- de 46 a 50 aglutinada Adaptabilidad:	Nominal

	grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.	1.-Se considera de 10 a 19 familia rígida 2.-20 a 24 estructurada 3.-25 a 28 flexible 4.-29 a 50 caótica.	
Satisfacción	La percepción global del sujeto respecto a su situación familiar.	La calificación, en general, la puntuación por encima de la media están indicando una vivencia satisfactoria de la propia familia. Por el contrario una satisfacción baja puede localizarse en el centil 30	Nominal

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizo de la siguiente manera:

- a) Se realizo el cálculo de tamaño de muestra como se comento en su apartado especial.
- b) Se aleatorizó la muestra con registro del total de grupos, considerando que en cada grupo se tenía un promedio de 50 alumnos, se anoto numero de grupo en un papel, se doblaron los papeles, se colocaron en conjunto y se tomaron 6 papeles para determinar la muestra en primero y tercer semestres y 7 papeles para quinto semestre dando como resultado los grupos elegidos ya comentados.

- c) Se eligieron a los profesores de las materias de Taller de lectura y redacción, Filosofía y Actividad física para el acceso a los grupos asignados para el estudio.
- d) Se realizó una plática con los profesores de las materias comentadas con el fin de exponer la finalidad del estudio, aclarar sus dudas, sensibilizarlos sobre la importancia de su realización y permitirnos el acceso a sus grupos y horarios.
- e) El equipo de salud integrado por 8 residentes se programó para la realización de las encuestas en los grupos.
- f) Con los alumnos en el grupo se repartieron los cuestionarios, se les explicó el objetivo del estudio, se pidió la firma de la carta de consentimiento informado, una vez aceptado, se procedió a pesar y medir a cada uno de los alumnos con báscula con estadiómetro de baterías, portátil.
- g) Una vez contestado el cuestionario por parte del adolescente, los miembros del equipo de salud revisaron el llenado de los cuestionarios para verificar que se encontraran completos y se concluyó la aplicación.

- h) Una vez terminado la recolección de información se procedió a la realización del vaciado de información en el programa SPSS versión 15.

ANALISIS DE DATOS

Se realizó de la manera que se comenta a continuación:

- a) ANALISIS UNIVARIADO:** Se realizó la descripción de las variables de la muestra, utilizando tablas y gráficas según corresponda al tipo de variable.
- b) ANALISIS BIVARIADO:** Se calculó X^2 para determinar la asociación entre la estructura, dinámica familiar y abuso de sustancias.

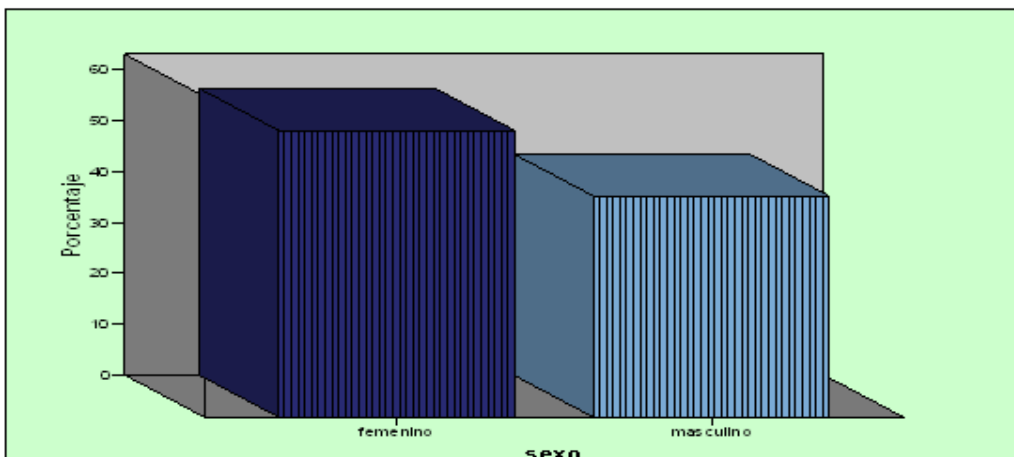
c) ANALISIS MULTIVARIADO: Se realizo a través de regresión logística para ajustar por edad, sexo, nivel socioeconómico, y estatus de los padres, la estructura, dinámica familiar y abuso de sustancias

RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA.

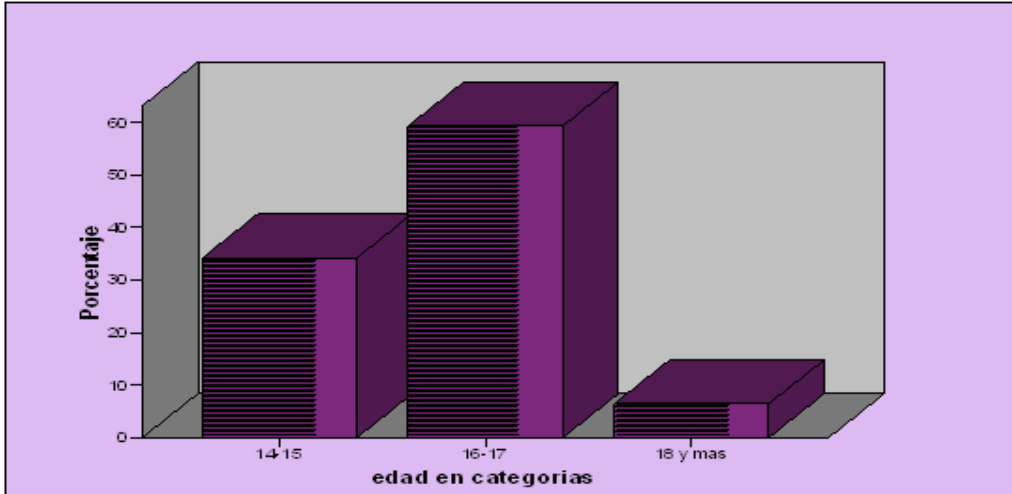
1.- La muestra estuvo constituida por 932 adolescentes de los cuales el 56.5% fue representado por el sexo femenino y el 43.5% por el sexo masculino. (Grafica 1).

Grafica 1



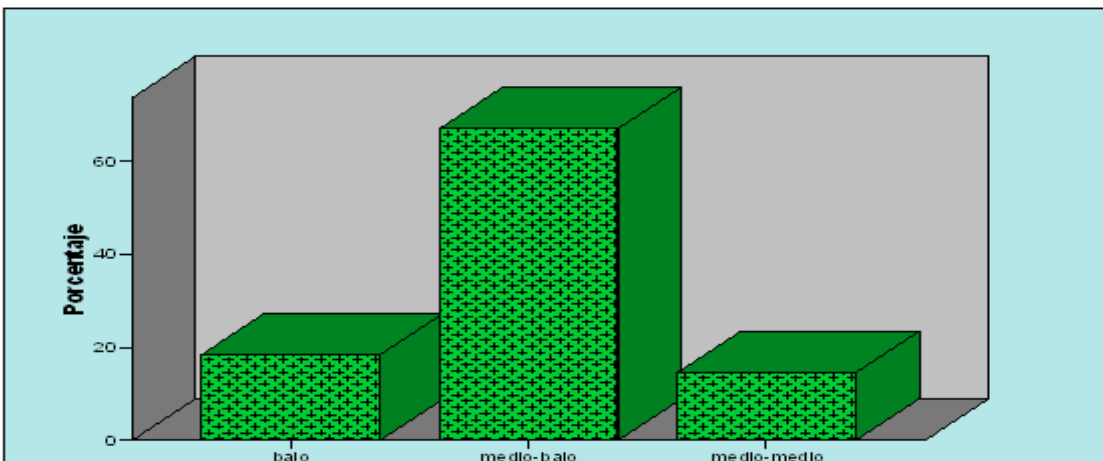
2.-La muestra estuvo constituida por sujetos de edades entre 14 a 15 años que corresponde al 34.2%, de 16 a 17 años el 59.3% y 18 y mas años al 6.4%. (Grafica 2).

Grafica 2



3.-Como se puede observar en las graficas, el nivel socioeconómico que predomino fue el medio bajo con 67 % seguido de bajo en 18.4%. (Grafica 3)

Grafica 3



DATOS FAMILIARES DE LA MUESTRA

1.-En relación a la escolaridad de los padres como puede ser observado en el Cuadro 1. El mayor porcentaje de las madres estudio secundaria completa 18.8% y de los padres universidad completa 15.8%.

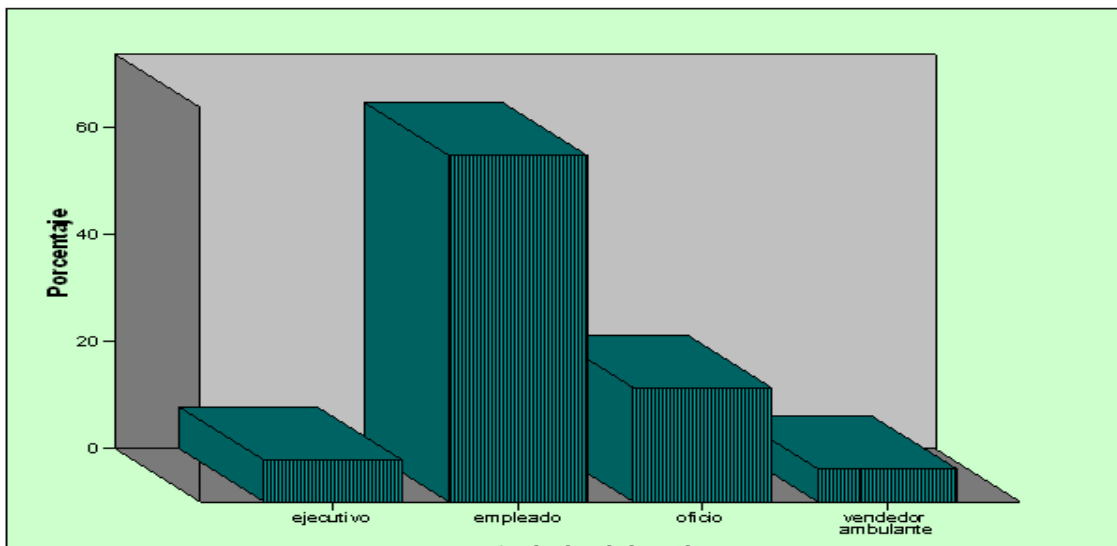
Cuadro 1. Grado de estudios de los Padres de los adolescentes

GRADO DE ESTUDIOS	Mama %	Papa %
No estudio	1.2	0.8
Primaria incompleta	4.8	4.1

Primaria completa	10.5	9.1
Secundaria incompleta	4.4	4.1
Secundaria completa	18.8	15.5
Preparatoria incompleta	10.3	13.7
Preparatoria completa	14.4	15.0
Universidad incompleta	3.9	6.8
Universidad completa	11.7	15.8
Posgrado	3.4	6.1
Carrera Técnica	16.5	9

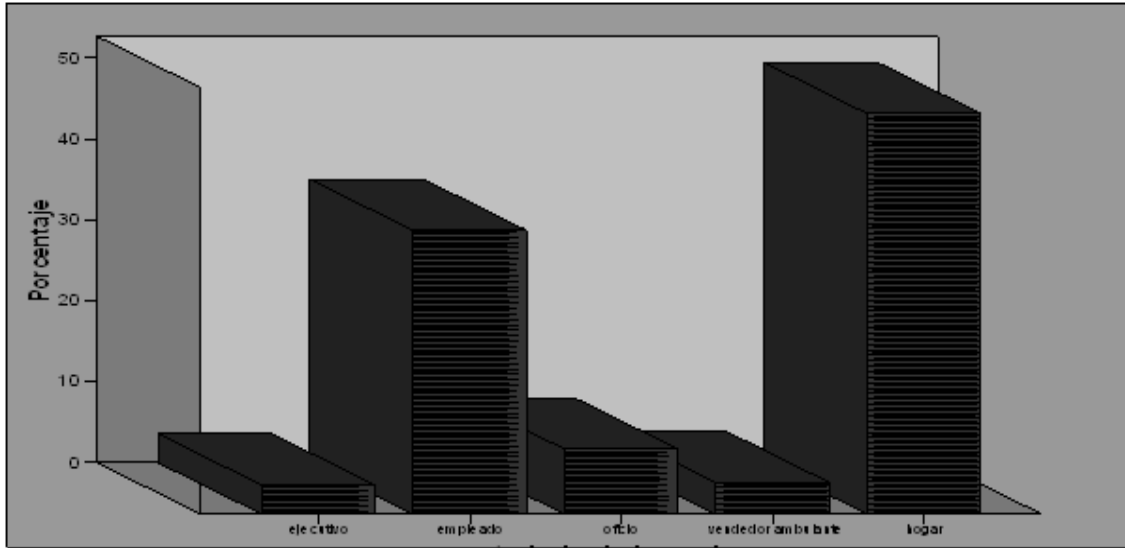
2.-En relación a la ocupación de los padres de los adolescentes encontramos son empleados el 64.8%, mientras que en segundo término cuentan con un oficio el 21.3%.(Grafica 4)

Grafica 4



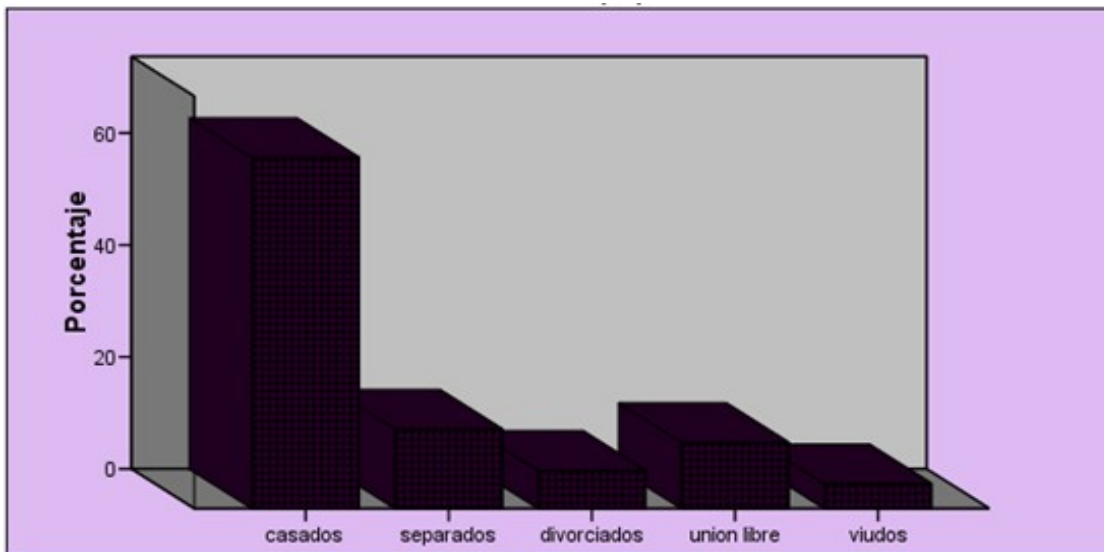
3.-En relación a la ocupación de la madre de los adolescentes, la mayoría se dedica al hogar lo que corresponde a 49.5%, mientras que en segundo lugar cuenta con un oficio en un 35.0%. (Grafica 5)

Grafica 5



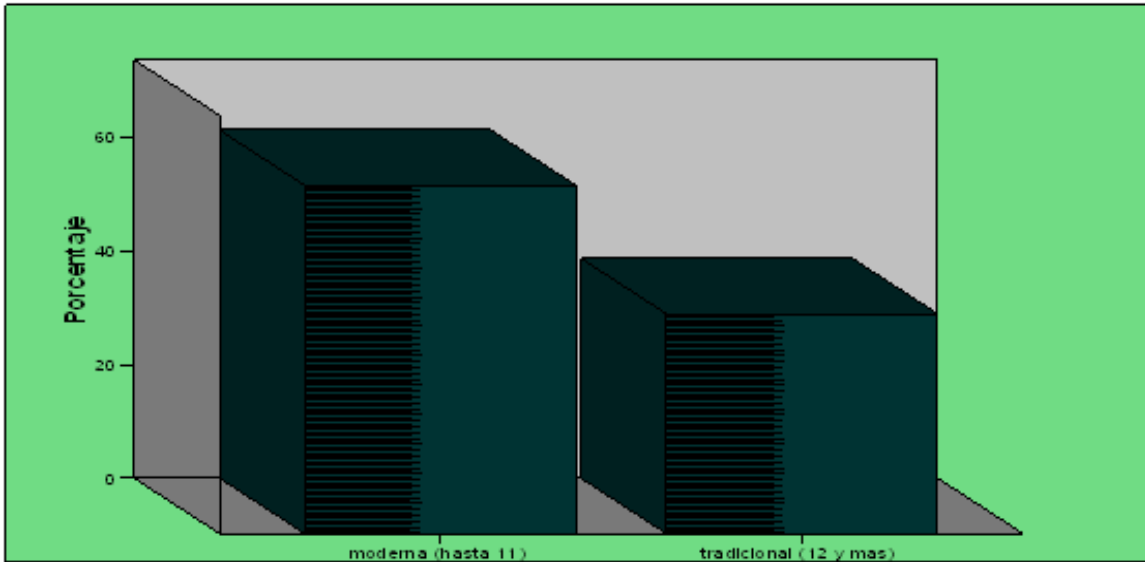
4.-En cuanto al estado civil de los padres de los adolescentes encontramos que el 62.7% son casados, separados 14.2%. Unión libre 11.8%. (Grafica 6)

Grafica 6



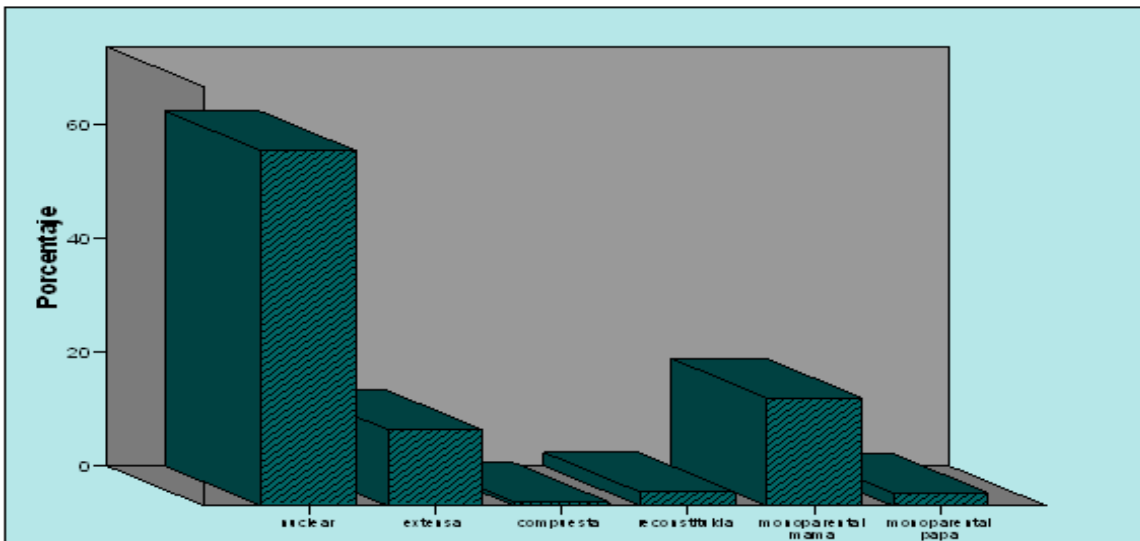
5.-En relación al tipo de familia podemos decir que el 61.2% de las madres de los alumnos contribuyen al gasto familiar en tanto que el 46.9% de los padres participa en los quehaceres domésticos. Lo cual ubica a estas familias como modernas. (Grafica 7).

Grafica 7



6.-Como se puede observar en la grafica 11, el 62.4% de los adolescentes tienen una familia nuclear, el 19% tiene una familia monoparental materna y un 13.4 % tiene una familia extensa. (Grafica 8)

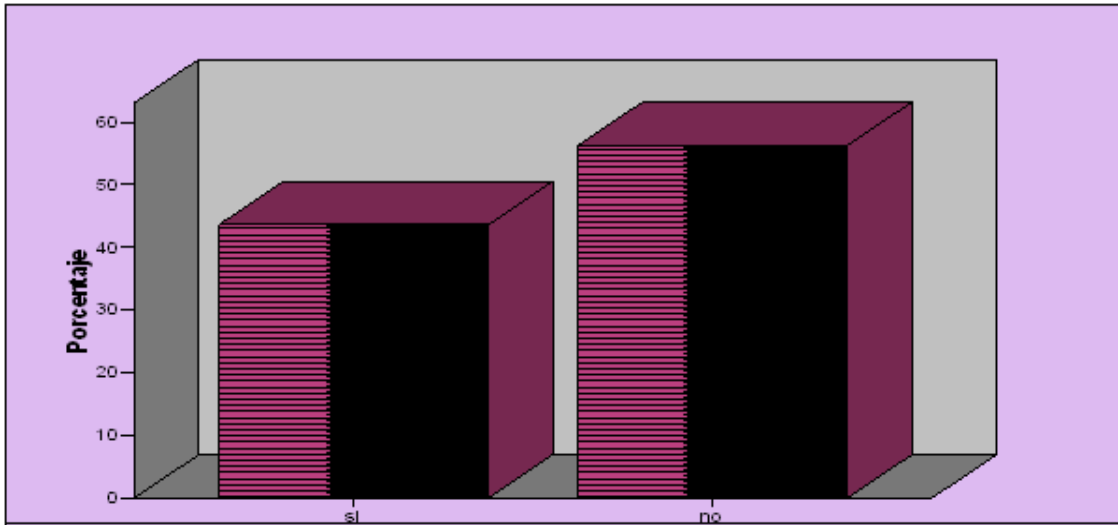
Grafica 8



DATOS DE LA MUESTRA ACERCA DE LA CONDUCTA DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL.

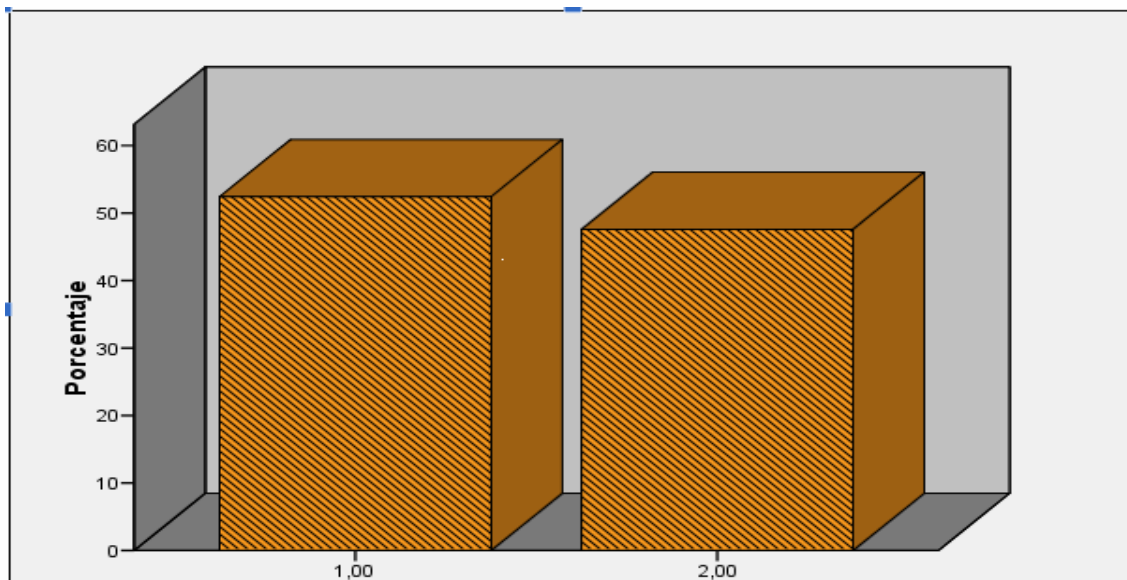
1.-El 56.3 % de los adolescentes no ha consumido alcohol, mientras que un 43.7 % si lo hizo. (Grafica 9)

Grafica 9



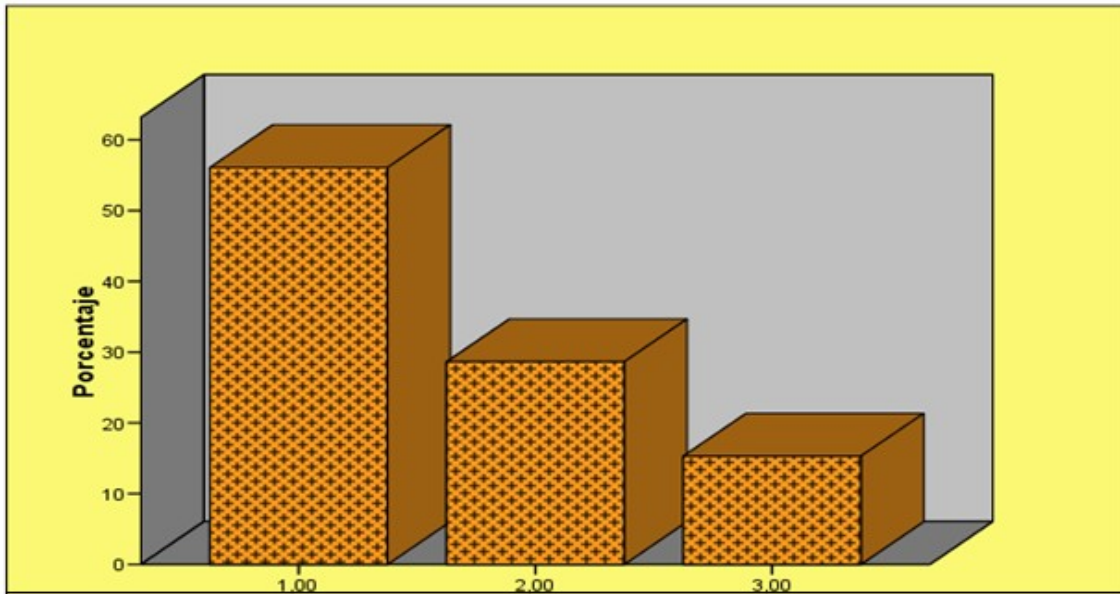
2.- En cuanto a la edad que tenían cuando comenzaron a consumir alcohol: los menores de 13 años consumieron 52.4%, seguidos de los adolescentes de 14 años con un 47.6%. (Grafica 10)

Grafica 10



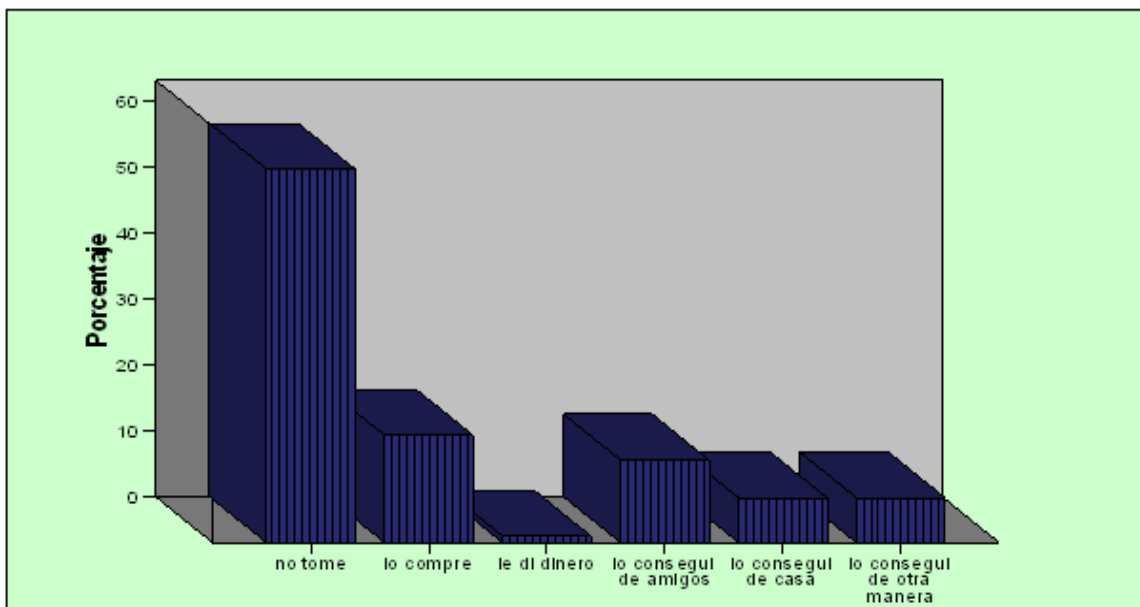
3.- El 56.1 % de los adolescentes no consumieron tragos de alcohol en los últimos 30 días mientras que, el 28.6% consumieron entre 1 a 4 tragos y el 15.3 % consumió más de 5 tragos. (Grafica 11)

Grafica 11



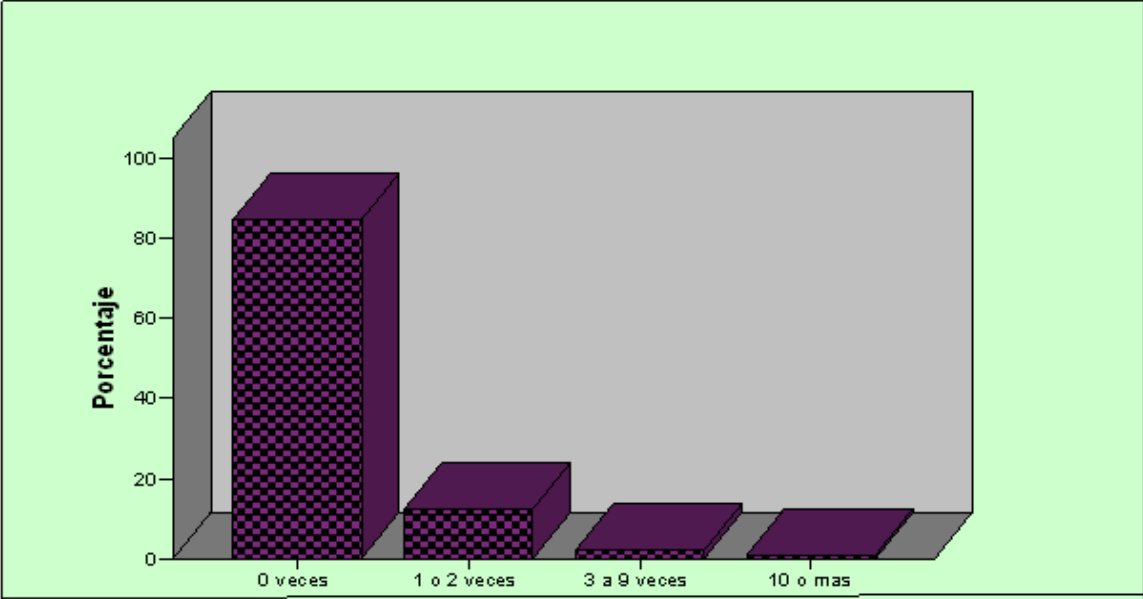
4.- El 16.3 % consiguieron el alcohol comprándolo y el 12.5 %, lo consiguieron con los amigos. (Grafica 12).

Grafica 12



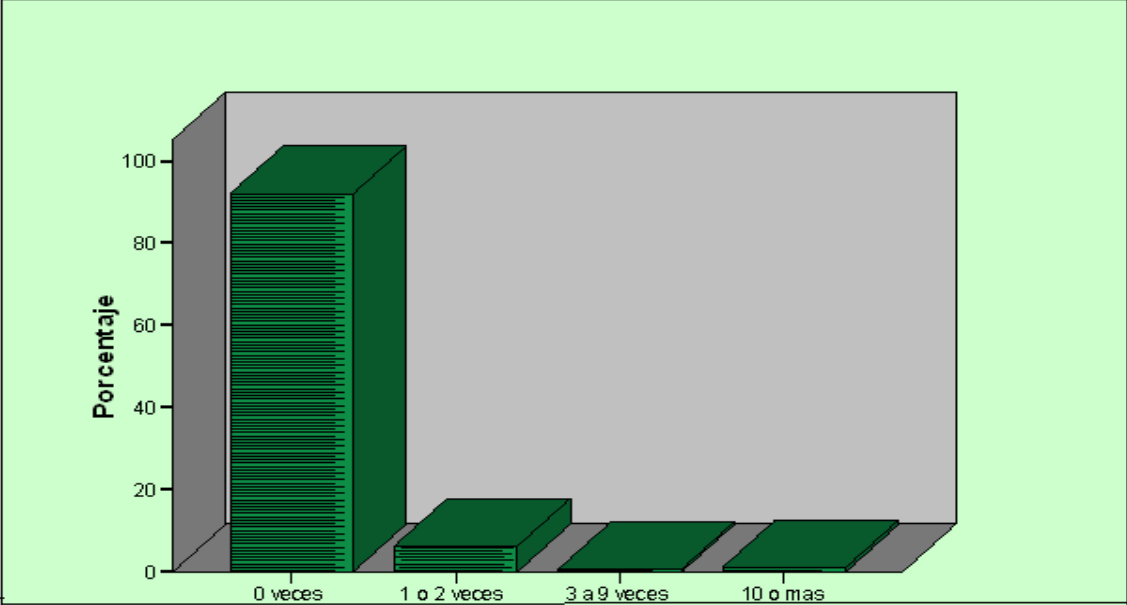
5.-El 84.7% de los adolescentes no llego a alcoholizarse y el 12.4% si lo hizo en una o dos ocasiones. (Grafica 13)

Grafica 13



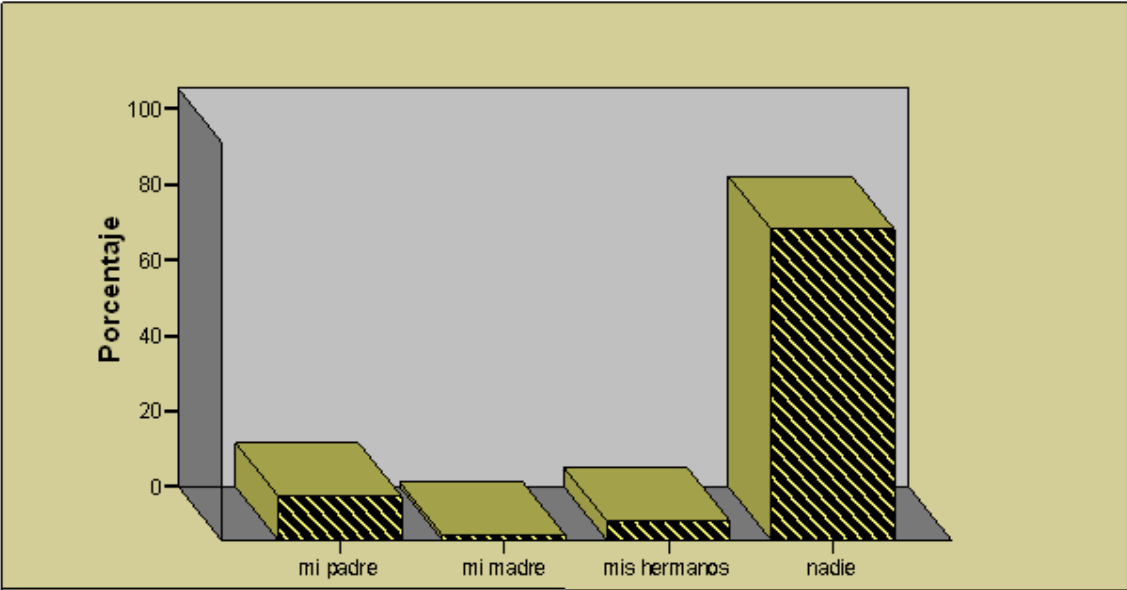
6.- El 85.4 % de los adolescentes no tuvo problemas con su familia, escuela o amigos porque no consumió alcohol y el 7.7 % que consumió, si tuvo problemas en una o dos ocasiones. (Grafica 14)

Grafica 14



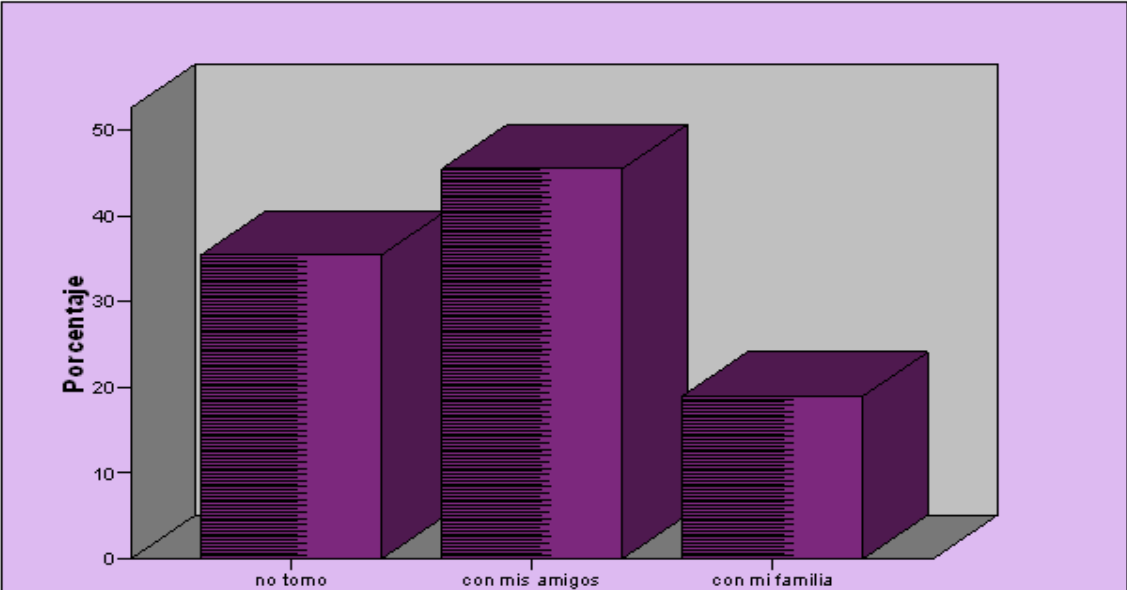
7.- En los últimos 30 días algún miembro de la familia consumió más de 5 copas de alcohol a la semana. El 82.1% no consumieron, mientras que un 11.6% tomo el padre, seguido de hermanos con un 5.1 %. (Grafica 15)

Grafica 15



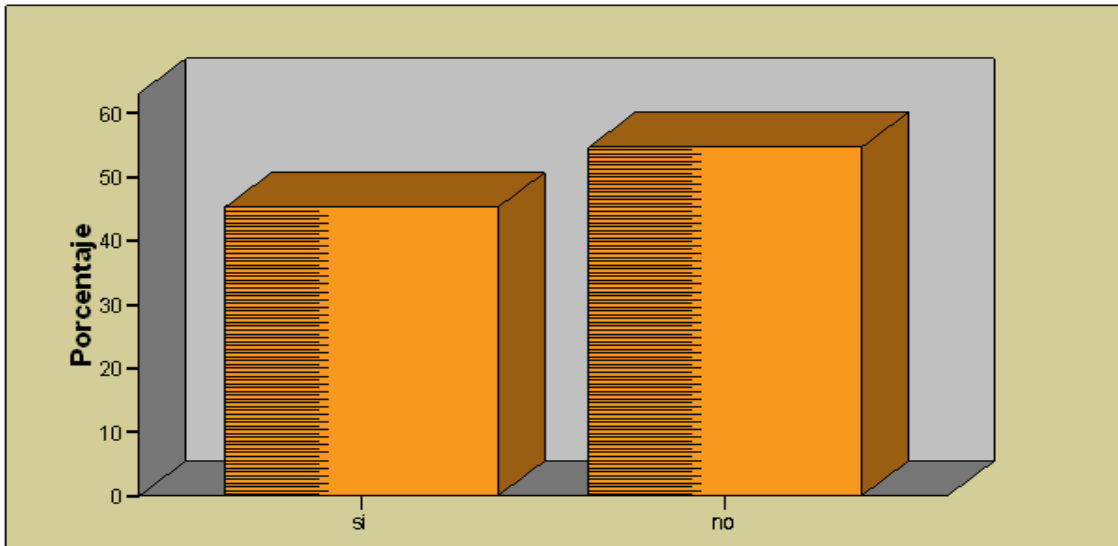
8.-Habitualmente el adolescente toma con los amigos en un 45.5%, y el 35.5 % no tomaron. (Grafica 16)

Grafica 16



9.-Al 54.7% de los adolescentes no le fue permitido tomar bebidas alcohólicas en casa, mientras el 45.3 % respondieron que sí. (Grafica 17)

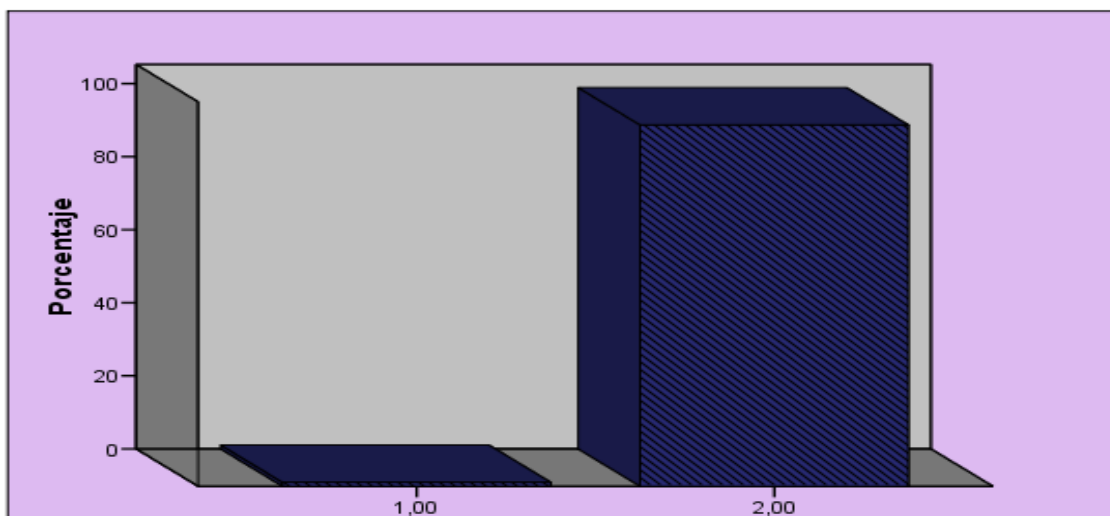
Grafica 17



DATOS DE LA MUESTRA PARA LA CONDUCTA DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGAS

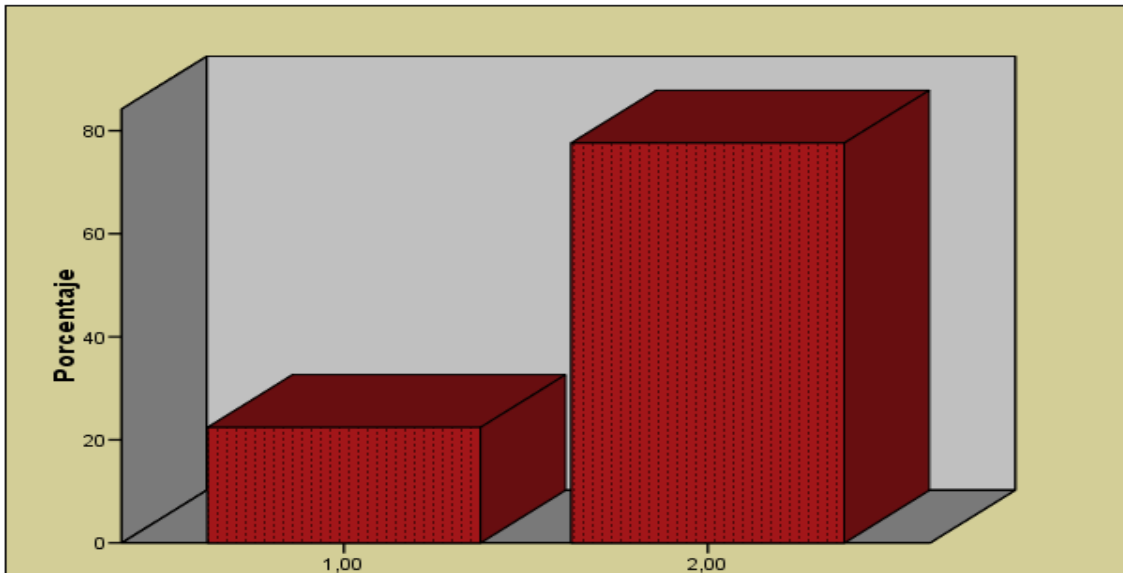
1.-Los adolescentes que nunca han consumido drogas fue de 98.9%, mientras que 1.1 % si lo ha hecho en 2 y más ocasiones. (Grafica 18)

Grafica 18



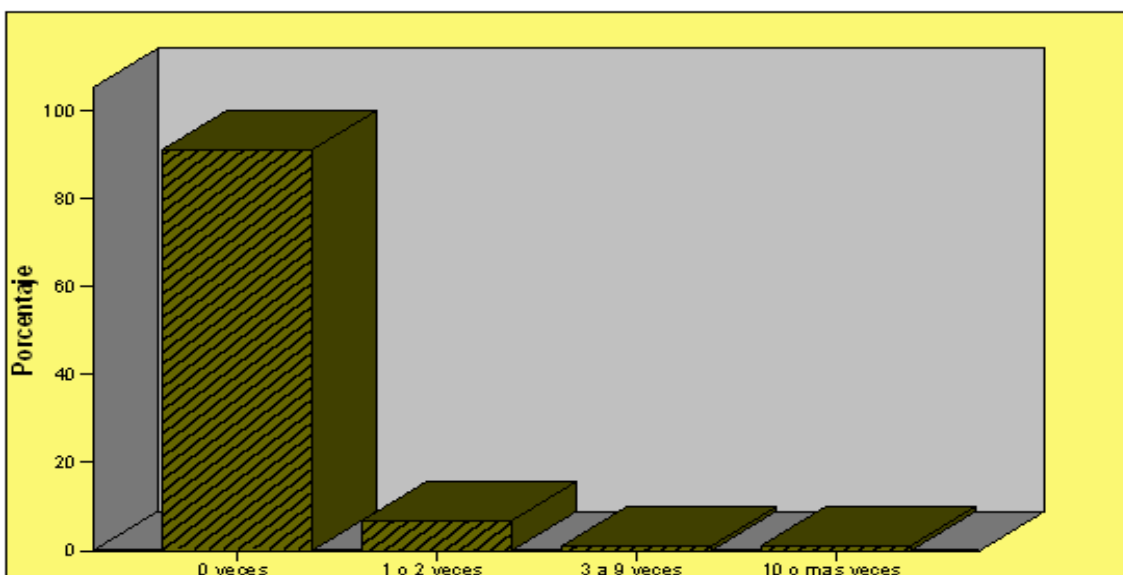
2.-La edad que tenía el adolescente cuando uso por primera vez drogas: Menores de 13 años 22.4% y mayores de 14 años 77.6%. (Grafica 19)

Grafica 19



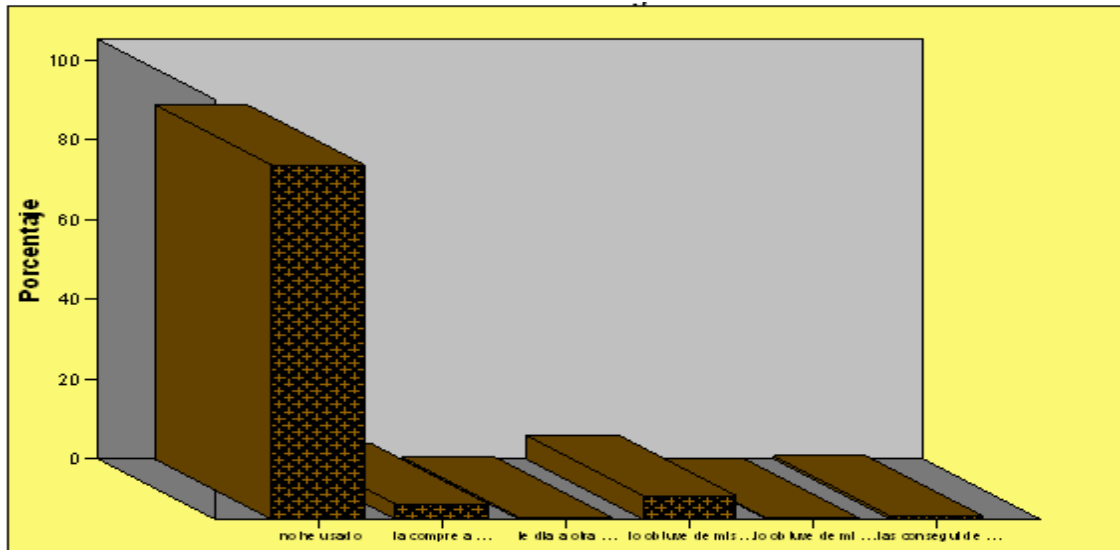
3.-El 91.1% de los adolescentes no consumió drogas en los últimos 30 días, mientras que el 6.8% si la consumió de 1 a 2 veces, y solo 1.1% consumió en 10 ocasiones o más. (Grafica 20)

Grafica 20



4.-El 5.9% de los adolescente que consumió drogas en los últimos 30 días las consiguió con sus amigos y el 3.8% las compro con alguien. (Grafica 21)

Grafica 21



ASOCIACIÓN ENTRE ABUSO DE SUSTANCIAS CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y FAMILIARES.

DROGAS.

Asociación entre abuso de drogas con variables sociodemográficas y familiares. Como se puede observar en el cuadro 2. La variable que estuvo relacionada con el consumo de droga fue la adaptabilidad.

Cuadro 2. Consumo de drogas y adaptabilidad

	OR	Inferior	Superior	P
Variables sociodemográficas				
Sexo	3.319	6.78	16.256	.139
Edad	1.208	1.062	1.375	.004
Nivel socioeconómico	2.162	.239	2.162	.556
Funcionamiento familiar				
Adaptabilidad	2.071	1.001	4.286	.050
Cohesión	.930	.353	2.447	.930
Dinámica familiar				
Comunicación	.346	.073	1.641	.181
Afecto	1.198	.462	3.106	.710
Alianzas	1.705	.679	4.279	.256
Control	.683	.161	2.896	.605
Limites	.757	.340	1.688	.496
Jerarquías	1.276	.478	1.654	.680

Asociación entre qué edad tenían cuando se drogaron por primera vez, variables sociodemográficas y familiares.

Tabla 3

	OR	Inferior	Superior	P
Variables sociodemográficas				
Sexo	2.497	1.066	5.853	.035
Edad	1.208	1.062	1.375	.004
Nivel socioeconómico	.894	.443	1.806	.756
Funcionamiento familiar				
Adaptabilidad	.575	.332	.999	.049
Cohesión	1.340	.758	2.369	.313
Dinámica familiar				
Comunicación	1.191	.413	3.434	.747
Afecto	1.310	.669	2.566	.313
Alianzas	1.738	.969	3.115	.431
Control	1.107	.453	2.707	.823
Limites	.852	.478	1.519	.587
Jerarquías	.872	.454	1.674	.680

En el análisis de regresión logística encontramos que en el sexo masculino y femenino se establece una diferencia, encontrando que en el sexo primero es mayor el consumo de sustancias al igual que el abuso en el consumo de alcohol se encuentra relacionada con la adaptabilidad.

Cuadro 4. Variables asociadas de manera independiente con el consumo moderado y excesivo de alcohol. Entre mayor es el adolescente mayor es el consumo de alcohol.

	OR	Inferior	Superior	P
Variables sociodemográficas				
Sexo	.996	.751	1.321	.977
Edad	1.208	1.062	1.375	.004
Nivel socioeconómico	.851	.802	1.375	.851
Funcionamiento familiar				
Adaptabilidad	1.122	.934	1.348	.220
Cohesión	.914	.759	1.102	.346
Dinámica familiar				
Comunicación	.891	.632	1.257	.512
Afecto	.832	.680	1.016	.072
Alianzas	.880	.736	1.053	.163
Control	1.078	.783	1.484	.644
Limites	.918	.766	1.100	.352
Jerarquías	1.022	.834	1.253	.834
Tradicional	1.006	.753	1.346	.966

DISCUSIÓN

Consumo de alcohol.

Se encontró en este estudio una prevalencia en relación al consumo actual de alcohol en los adolescentes el último mes fue de 43.7 %. En cuanto a la edad que tenían cuando comenzaron a consumir encontramos que en menores de 13 años lo consumieron en un 52.4% y después de los 14 años un 47.6%.

Estos resultados son similares a los encontrados por **Ameth Villatoro y cols.** (12) en la “Encuesta de estudiantes de la Cd. De México 2006, prevalencias y evolución en el consumo de drogas” donde se reporta que un 41.3% de los adolescentes ha consumido alcohol.

La ENSANUT 2006 reporta resultados similares a los arrojados por nuestro estudio en cuanto a la edad de inicio ya que existen datos de consumo de alcohol a partir de los 10 a 12 años de edad.

En cuanto al número de copas que consumen los adolescentes, nuestro estudio encontró que el 28.6% consumieron entre 1 a 4 tragos y el 15.3 % consumió más de 5 tragos y la edad en que se consume con más frecuencia es entre los jóvenes de más de 14 años. Resultados comparables con los de ENSANUT 2006 (11) que reporta que los adolescentes de entre 16 a 19 años son los que más frecuentemente consumen más de 5 copas por lo menos una vez a la semana.

Consumo de drogas:

El inicio en la ingesta de sustancias ilegales en nuestro estudio encontramos que al igual que en la ingesta de alcohol entre más grande es el adolescente mayor es el consumo. Resultado similar a otros estudios realizados en países de primer mundo como en lo referido por: **R. Manzanera y L. Torralba** (13) en el artículo “Música y Drogas en la movida del fin de semana” Estudio realizado en Alemania, que permite formular algunos datos comparativos de finales de los noventa. Un 1% de los jóvenes de 12-13 años ha probado alguna vez alguna droga ilegal. Este porcentaje crece hasta el 40 % a los 19 años, donde se estabiliza el valor.

Ameth Villatoro y cols. (12) en la “Encuesta de estudiantes de la Cd. De México 2006, prevalencias y evolución en el consumo de drogas”. Encontró que los

estudiantes de entre 15 a 20 años han consumido en un 47.1% y en las edades de entre los 10 a 14 años es de 13.3% es mucho mas alto el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. En lo que respecta a las sustancias, la marihuana (8.8%) ocupa el primer lugar de preferencia por los/las adolescentes y le sigue el consumo de inhalantes (6.7%).

Funcionamiento familiar:

En cuanto a los resultados de nuestro estudio con la variable de adaptabilidad y su relación con ingesta de sustancias, encontramos que existen escasas referencias en la literatura que relacione estas dos variables.

Ramón Florenzano y cols (14) en su “Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles”. Señala que de acuerdo a las características del cuestionario FACES III, la percepción de unión y cercanía familiar, de tomar decisiones en forma conjunta, de compartir actividades, así como los sentimientos de mayor cercanía hacia la familia que hacia extraños, son valoradas positivamente, correlacionándose con menor consumo de alcohol y drogas. : A mayor nivel de adaptabilidad entre los miembros de la familia disminuyó el porcentaje de consumo de drogas y alcohol.

Gonzalo Musitu y cols (15). “Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación” En este estudio se mencionan las características del funcionamiento familiar que únicamente constituyen un factor explicativo del consumo de sustancias en la adolescencia; es decir, las características positivas o negativas del funcionamiento familiar que potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida (familia, escuela, sociabilidad y apariencia física), autoevaluaciones que son a su vez importantes predictores del consumo de sustancias de los adolescentes. Estos patrones de relación entre las variables se han replicado en ambas muestras donde se han aplicado instrumentos diferentes de evaluación del sistema familiar, lo que apoya la validez y generabilidad de nuestros resultados.

Para Kandel y col. (16) Menciona el uso de otras drogas ilegales, parece depender de la calidad y flexibilidad de las relaciones padres-hijos, que de otros factores. Se concluye que el abuso de drogas más serio es un fenómeno familiar, lo que se corresponde con la observación de Blum, de que mientras la familia está fuerte el adolescente es capaz de salir en caso de estar involucrado en el consumo de drogas o de que no las consuma.

Se han publicado algunas características de las familias rígidas o poco flexibles adictas. En aquéllas donde el adicto es varón, se describe una madre sobreprotectora, indulgente, “pegoteada”, abiertamente permisiva para el adicto, quien a menudo es un “malcriado”. La madre suele decir que éste fue el “más bueno” y el “más fácil de criar” pero que a la vez no le permite la toma de decisiones. Al parecer, el padre es descrito como distante, desapegado, débil o ausente. Las relaciones padre-hijo son descritas como malas, con una disciplina ruda e incoherente. (17)

CONCLUSIONES

En relación al consumo de alcohol:

La prevalencia del consumo de alcohol fue de 43.7% entre los adolescentes y la edad de inicio en el consumo de alcohol: los menores de 13 años consumieron 52.4%, seguidos de los adolescentes de 14 años con un 47.6%.

El 28.6% consumieron entre 1 a 4 tragos por ocasión y el 15.3 % consumió más de 5 tragos por ocasión en el último mes.

El 16.3 % consiguieron el alcohol comprándolo y el 12.5 %, lo consiguieron con los amigos. El 84.7% de los adolescentes no llegó a alcoholizarse y el 12.4% si lo hizo en una o dos ocasiones.

El 85.4 % de los adolescentes no tuvo problemas con su familia, escuela o amigos porque no consumió alcohol y el 7.7 % que consumió, si tuvo problemas en una o dos ocasiones.

En los últimos 30 días algún miembro de la familia del adolescente consumió más de 5 copas de alcohol a la semana, mientras que un 11.6% tomo el padre, seguido de hermanos con un 5.1 %.

Habitualmente el adolescente toma con los amigos en un 45.5%, seguido 5.1 % con los hermanos.

Al 54.7% de los adolescentes no le fue permitido tomar bebidas alcohólicas en casa, mientras el 45.3 % sí se lo permitieron.

En relación al consumo de drogas:

Los adolescentes que nunca han consumido drogas fue de 98.9%, mientras que 1.1 % si lo ha hecho en 2 y más ocasiones.

La edad que tenía el adolescente cuando uso por primera vez drogas: Menores de 13 años 22.4% y mayores de 14 años 77.6%.

El 91.1% de los adolescentes no consumió drogas en los últimos 30 días, mientras que el 6.8% si la consumió de 1 a 2 veces, y solo 1.1 consumió en 10 ocasiones o más.

El 5.9% de los adolescentes que consumió drogas en los últimos 30 días las consiguió con sus amigos y el 3.8% las compro con alguien.

Asociación entre abuso de sustancias con variables sociodemográficas y familiares.

Alcohol:

La variable significativa se relaciona con la edad, entre mayor es el adolescente, mayor es el consumo moderado y excesivo de alcohol.

Drogas.

Encontramos que la variable significativa relacionada al consumo de drogas es el sexo masculino en el cual se encuentra un mayor consumo.

La edad es otra de las variables con significancia ya que entre mayor es el adolescente mayor es el consumo de drogas.

Otra de las variables que estuvo relacionada con el consumo de droga fue la adaptabilidad.

RECOMENDACIONES

Por medio de los Médicos Familiares, quienes están más cerca de la comunidad, se deben detectar prematuramente trastornos como factores de riesgo y protectores para su adecuado tratamiento con el fin de habilitar al adolescente en su crecimiento personal, fortalecer su autoestima, las relaciones personales entre pares y el sistema familiar.

Informar a los padres y maestros de las consecuencias del consumo de alcohol y drogas, así como lo importante que es la comunicación y el apoyo a los adolescentes en esta etapa de toma de decisiones para la vida futura.

Continuar lucha contra el consumo de drogas y alcohol, que son consideradas drogas porteras para consumo de otras sustancias que causan adicciones y daño a órganos a corto plazo.

Hacer llegar a niños y jóvenes los efectos negativos del consumo de drogas, por medio de sus profesores, médicos y los medios de difusión masiva.

Mostrar por estas mismas vías a los adolescentes, la posibilidad de una recreación sana y enriquecedora.

El joven informado podrá escoger mejor y sus riesgos serán más "controlados".

Nuestros jóvenes, al igual que nosotros cuando lo fuimos, desean crecer y desean ser líder y el héroe de su entorno habitual. Él es el que se posicionará en el lugar más arriesgado y salvará a sus iguales, convirtiendo su "teatro imaginario" en el banco de pruebas que le permite imaginar "su éxito" en lo que hace referencia a la identificación con sus iguales.

Todo ello nos abre una nueva vía, la de la utilización de sus iguales como vehículo de transmisión y generalización de las "conductas más sanas o ¿quizás más responsables?

Pese a todo y a la falta de evidencias los adultos hemos de modificar actitudes y aptitudes. Probablemente, así, la palabra podría tener sentido y el rol se definiría

como el del " Adulto referente que acompaña y ayuda al joven y adolescente en su proceso de hacerse mayor.

Estimular a la familia a dialogar entre sí acerca de la manera cómo ellos manejan estos temas generales, como por ejemplo, tiempo, espacio, disciplina, etcétera y

Solicitar a la familia hacer frente a la rutina diaria, toma de decisiones, y conflicto.

Planteamos que la intervención temprana en el desarrollo de conductas y actitudes que contemplan la interacción entre pares y con adultos, en términos de autocontrol, respeto y resolución verbal de conflictos, protege de conductas autodestructivas y de riesgo. Asimismo protege el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Podemos concluir que tanto los factores de personalidad subyacentes a la socialización como el tipo de familia, de acuerdo al grado de adaptabilidad que mantengan, serán factores predictores para el consumo.

Es importante lograr que los padres trabajen juntos, reforzando la jerarquía generacional de la familia y trabajen en conjunto como unidad.

Continuar trabajando en la reincorporación de los jóvenes desvinculados, a través de trabajadores sociales, enfermeras comunitarias, médicos familiares, las organizaciones civiles y las redes formales como lo es DIF, IMSS, ISSTE,SSA, incorporar programas escolares a nivel secundaria y medio superior que contengan información indispensable para el adolescente sobre el uso y abuso de sustancias.

REFERENCIAS

- 1.-United Nations Office on Drugs and Crime.
ReporteAnual2008.<http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR08.pdf>
- 2.- Eugenia V. Vinet, Ximena Faúndez, Marcela Larraguibel. Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI.
- 3.- Eduardo A. Mata. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º parte) Revista neuropsiquiatría de argentina Año XV, Vol. 12, N°1, Marzo de 2005.
- 4.- Supervielle Mesquida M. Caracterización biopsicosocial de un grupo de adolescentes consumidores de drogas. Tesis para optar por el título de Máster en Toxicología Clínica. CENATOX. 2001.
- 5.-Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica. Epidemiología, N° 40 Vol. 22, sem. 40, del 2 al 8 de Octubre del 2005
- 6.-Cabrera, Gustavo. El modelo transteórico del comportamiento en salud, Tratamiento y Rehabilitación
http://www.ocsp.gov.co/downloads/invest/modelo_transteorico
- 7.- Vogelmann, Oscar A.-Gutiérrez, Gladis. Abuso del alcohol en adolescentes,. Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís. Universidad Nacional del Noroeste, comunicaciones científicas y tecnológicos 2004
- 8.-Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Buenos Aires. Encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media; 2004.
- 9.-Robert Wood Johnson, Division of Pediatric ,Endocrinology, Medical School, New Brunswick, NJ. Review provided by Veri Me Healthcare Network. 2006 Traducción y localización realizada por: Dr. Tango.
- 10.-Conferencia Ministerial Europea de la OMS Estocolmo, Febrero 2001.

11.-Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; 2006.

12.-Anuario de investigaciones-Facultad de psicología, Predictores de abuso de alcohol en adolescentes. Mitos versus evidencia empírica SIN versión on-line/Dic 2007

13.-Código de bioética para el personal de salud. México 2002. en <http://www.salud.gob.mx>.

14.-Anneliese Dörr, Gorostegui, Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y escuela. Salud Mental, Vol. 32, no.4, julio-agosto 2009.

15.- Villatoro Velásquez, Gutiérrez López, Quiroz del Valle, Encuesta de estudiantes de la ciudad de México. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental Vol.32, no 4, julio-agosto 2009.

16.- Ramón Florenzano, Patricia Sotomayor, Magdalena Otava T, Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles, Rev. chil. pediatr. Vol.72 no.3 Santiago mayo 2001.

17.-Gonzalo Musitu; Teresa I. Jiménez, Sergio Murgui, Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación Salud pública México vol.49 no.1 Cuernavaca Jan. /Feb. 2007