



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA-POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

TESIS

**“ FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE CONSUMO DE
TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES ”**

Tutor teórico: Dr. Gerhard Heinze Martin

Tutor metodológico: Ing. José Cortes S.

Alumno: Fernando Leyva Hernández.

Grado: Médico Residente de 4to Año



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	4
Antecedentes	
Adolescencia	5
La salud mental en la niñez y la adolescencia:	
Trastornos emocionales y conductuales graves	5
Las repercusiones de los trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes	6
Trastornos mentales de niños y adolescentes:	
Aspectos preocupantes	7
Prevalencia de trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes de todo el mundo	7
Tratamiento de los trastornos emocionales y conductuales graves	8
Edades de inicio de la psicopatología	8
Distribución de edades de inicio de trastornos comunes	8
Diferencias por género	9
Maltrato	12
Maltrato infantil , definiciones	13
Tipos de maltrato	15
Maltrato físico	15
Abuso sexual	15
Maltrato emocional	16
Descuido o negligencia	16
Otros tipos de maltrato	16
Epidemiología del Maltrato infantil	17
Situación Internacional	17
Maltrato físico	17
Abuso sexual	18
Maltrato emocional	19

ÍNDICE

	Pág.
Abandono/descuido o negligencia	20
Situación Nacional	20
Efectos emocionales y del comportamiento	22
Factores asociados al consumo de sustancias	25
Consumo de sustancias	28
Nicotina	29
Tendencias del consumo de tabaco	29
Factores asociados al consumo de tabaco	30
Factores asociados al consumo de sustancias	31
Influencia genética	32
Factores de riesgo de la conducta adictiva	32
Factores asociados a los trastornos	34
Causas del abuso de sustancias en el adolescente	34
Influencia de las relaciones familiares	35
Relación de Abuso, comorbilidad y sustancias	37
Comorbilidad	37
Relación de los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias	37
Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con uso de sustancias	37
Trastornos comórbidos	37
Evolución	38
Justificación	39
Planteamiento del Problema	39
Objetivos	39
Objetivos Particulares	40
Material y Métodos	40
Tipo de Estudio	40
Criterios de Inclusión y Exclusión	40
Procedimiento	40
Variables	41
Instrumentos	42
Método de análisis	43

ÍNDICE

	Pág.
Resultados	44
Tablas	46
Discusión y Conclusiones	51
Propuestas y Perspectivas	52
Referencias Bibliográficas	53

ANEXOS

ANEXO 1	Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS).....	60
ANEXO 2	Cuestionario de hábitos de fumar	63

INTRODUCCIÓN

El uso de diversas drogas tiene una historia ancestral y su conocimiento se documenta ya en escritos romanos y griegos. La mayor parte se empleó tanto para producir efectos de bienestar como para el tratamiento de las enfermedades. El desarrollo de técnicas modernas en la elaboración o en procesos de refinamiento llevó a la industrialización de variados compuestos y a su consumo masivo por el ser humano. El abuso de sustancias adictivas no se hizo común sino hasta eras más recientes; en gran medida debido al tráfico intenso para el consumo en todo el mundo. Los griegos y los romanos conocían ya sus aspectos benéficos y recurrían sobre todo al alcohol, dado que el opio, a pesar de conocer sus efectos, sólo lo aplicaron con fines curativos. Los conceptos de dependencia y abuso no se acuñaban aún en esa época, y el consumo de cannabis, por ejemplo, sólo fue propiciado en Asia menor entre los asirios (Belsasso et al, 2002).

En la actualidad, el uso, abuso y dependencia de drogas es un problema de salud pública mundial que afecta a personas de diversas culturas, estratos socio-económicos y edades. Fumar constituye una de las principales causas de mortalidad en la sociedad occidental y es el principal causante de cáncer y enfisema pulmonar.

De hecho, una de las edades más vulnerables para el inicio del consumo es la adolescencia. En México, todas las drogas, tanto las legales como las ilegales se encuentran ampliamente disponibles.

La nicotina y el alcohol tienen el más alto potencial de abuso, pues se adquieren de manera legal y con facilidad, y los adultos los consumen a discreción. De hecho, muchos adolescentes piensan que su patente uso es una marca distintiva de la adultez (Craig, 1997).

Atendiendo a lo expresado con anterioridad, se le brinda especial atención a los adolescentes, pues ellos se encuentran en un importante período de crecimiento y desarrollo donde la relación con sus coetáneos y la búsqueda del contacto íntimo con otros es la actividad rectora; esta característica a su vez, hace que los grupos de adolescentes sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás. También por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros; ocultar sentimientos de depresión y soledad.

Muchos adolescentes carecen de supervisión por parte de un adulto. Generalmente, cuando regresan de la escuela encuentran la casa vacía, por lo que no es de extrañarse que se sientan solos y quieran remediarlo, por lo que se juntan con sus amigos. Pero aun así; continúan aburridos y pasan horas viendo televisión, videos musicales o navegando en la red en busca de emociones.

En este cuadro es en donde entran con facilidad el tabaco, las drogas y las bebidas con la finalidad de probar cosas novedosas y excitantes que evitarán se sientan aburridos, momentáneamente. También hay adolescentes que proceden de familias donde algún miembro consume algún tóxico y no ve el peligro de los mismos, por tanto no disciplinan a sus hijos al respecto.

Si a esta situación le agregamos la incidencia del inicio de alguna psicopatología en esta etapa de la vida, es probable que nos enfrentemos a una bomba de tiempo.

Debido a esto se considera de importancia conocer en una población clínica de adolescentes la edad del inicio de consumo de sustancias y buscar una posible relación con la psicopatología presente.

ANTECEDENTES

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el período transicional entre la infancia y la vida adulta. Su inicio es marcado por los cambios biológicos de la pubertad, mientras que su término es definido por la transición al estatus adulto. En términos de edad, estos límites son flexibles. Existen claras indicaciones de que el periodo de la adolescencia tiende a incrementar en duración, al menos en el mundo occidental. Una razón para su extensión es que las primeras fases del desarrollo puberal tienden a aparecer a edades más tempranas. Otra razón importante es que muchos individuos permanecen dependientes financieramente de sus padres hasta los veintes y parecen posponer la transición a la edad adulta por muchos años. Esta tendencia socio-cultural ha llevado a varios autores a referirse a los adolescentes tardíos como una etapa aparte del desarrollo etiquetada como "adulthood emergente", comprendiendo los 18-30 años. Adulthood emergente parece ser un término adecuado para este periodo de transición, el cual presenta diferencias subjetivas, demográficas y en la exploración de la identidad (Jackson y Gossens, 2006).

Durante la adolescencia, el juicio y la conducta moral se ven influidos no sólo por el desarrollo de los conocimientos, sino también por otros factores como la emotividad, la motivación, los mecanismos de defensa, los sentimientos de culpabilidad, la empatía, la compasión, la identificación con otras personas, el sexo, la capacidad de amar, la educación recibida, las convicciones religiosas, políticas, etc. (Lutte, 1991; cit por Ito y Villatoro 2002).

Aquí, el grupo de pares puede provocar otro tipo de conformismo moral o desajuste social (distinto del desarrollado frente a los padres) hasta el punto de que la asociación con pares que consumen drogas resulta ser el principal predictor de que un(a) adolescente inicie, continúe o incluso abuse de las drogas (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995; Fleiz, García, Rojas 1996; ; cit por Ito y Villatoro 2002), o consuma alcohol (Flay y Petraitis, 1991; Hawkins, Catalana y Millar 1992; ; cit por Ito y Villatoro 2002); o bien, facilitar el acceso a una moral autónoma, caracterizada por las relaciones de igualdad y reciprocidad (Ito y Villatoro 2002).

LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA:

TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES GRAVES

Los niños de todas partes del mundo enfrentan muchas amenazas; la imagen del niño que ríe feliz con esperanzas para el futuro no es más que un sueño para demasiados niños y sus familias. Los retos son muchos, tanto físicos como psicológicos. Gozar de buena salud física y mental puede ayudar al niño a manejarse en el complejo mundo en que se mueve. La buena salud mental tiene sus cimientos en la primera infancia, comenzando por la relación que establece el lactante con sus padres o cuidadores, lo cual sienta las bases de la confianza (Shonkoff y Philips, 2000). El contexto social y familiar para el desarrollo ofrece un ingrediente esencial para una salud mental permanente. Lo que tomamos como natural en los países occidentales, en los países de más altos ingresos y en los países más desarrollados, no es algo que se pueda dar por sentado en los países en vías de desarrollo, ni en los países afectados por la guerra, las hambrunas y la enfermedad. Para muchos niños del mundo con trastornos emocionales y conductuales graves, las actividades cotidianas, crear amistades y ser integrantes de la sociedad son retos

extraordinarios. Con demasiada frecuencia los niños y los adolescentes con trastornos mentales enfrentan estigmas y discriminación.

Las repercusiones de los trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes

En todo el mundo, hasta un 20% de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y 3-4% requiere tratamiento (OMS, 2001).

La salud mental de niños y adolescentes se ve influenciada por los traslados causados por guerras y catástrofes, por las tensiones sobre las familias, por la adversidad económica, por las limitaciones sobre los derechos del niño a la educación y la salud, y por las mujeres que los deben criar. Para los numerosos niños que enfrentan futuros inciertos... incluidos aquellos que quedan huérfanos por las guerras o el SIDA, y aquellos traumatizados por desastres naturales... la carga de trastornos emocionales y conductuales graves multiplica sus dificultades en la vida (OMS, 2003).

En todo el mundo, los niños y los adolescentes tienen muchas necesidades de salud mental. El suicidio entre los jóvenes es un problema de salud mental presente en todo el mundo: a nivel mundial, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes. El abuso de sustancias entre los adolescentes también es un problema mundial. Muchos niños que viven entre los estragos de la guerra o los rastros de los desastres naturales sufren de trastornos de estrés postraumático (Sack y Dickason, 1999; Hsu, Chong y Yang, 2002).

No solo esos trastornos emocionales y conductuales afectan a una proporción considerable de la población mundial, sino que sus efectos son costosos y muy difundidos. En la actualidad tenemos pruebas de las consecuencias en el largo plazo de los trastornos de la niñez y su continuidad en trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Sack y Dickason, 1999; Weissman, Goldstein, et al, 1999).

El costo financiero para la sociedad causado por las consecuencias de trastornos no tratados está siendo documentado (Scott, Knapp, Henderson, et al, 2001). Algunos trastornos, como los de la alimentación, se están difundiendo y son más notorios en diversas culturas (Becker, 1995).

La carga de los trastornos emocionales en la niñez y la adolescencia, sentida especialmente por las familias y los amigos de los afectados, también afecta muchos sistemas que sustentan una sociedad, incluidos la salud, la educación, el bienestar y la justicia juvenil. Existen innumerables costos asociados con los trastornos de salud mental, incluidos la falta de participación en sistemas educativos, la falta de rendimiento que lleva a la dependencia, la participación en actividades delictivas, el consumo de drogas ilegales, la incapacidad de beneficiarse de actividades de rehabilitación, y las afecciones médicas comórbidas (Scott, Knapp, Henderson, et al, 2001).

De no ser tratados, estos trastornos dejan marcas indelebles y erosionan la capacidad de las sociedades de ofrecer condiciones seguras y productivas (OMS, 2003).

Trastornos mentales de niños y adolescentes: Aspectos preocupantes

La Federación de Salud Mental (World Federation for Mental Health, WFMH), desea aumentar la conciencia, a nivel mundial sobre los graves trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Los siguientes trastornos han sido identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como inquietudes prioritarias, sobre la base de su prevalencia o su potencial de causar minusvalías, sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, y sus consecuencias en el largo plazo (OMS, 2003):

- Trastornos depresivos
- Trastornos por ansiedad
- Déficit de la atención / Trastornos por hiperactividad
- Abuso de sustancias nocivas
- Tics o síndrome de Tourette
- Suicidio entre adolescentes

Prevalencia de trastornos emocionales y conductuales graves entre niños y adolescentes en todo el mundo

La forma en que se diagnostican los trastornos mentales varía en diferentes partes del mundo. Por supuesto, todo diagnóstico debe tener en cuenta la cultura en la cual los niños se crían, poniendo especial atención a la migración de niños a otros países. Lo que en un país o en una sociedad puede parecer un trastorno diagnosticable, puede considerarse normal o una simple conducta de adaptación en otro (OMS, 2003).

Si bien hay datos confiables sobre la incidencia de trastornos conductuales y emocionales graves en países no occidentales, estos datos no son necesariamente comparables entre sí, debido, en gran medida, a las diferencias de un país a otro por la forma en que se miden los trastornos. No obstante, los datos recogidos hasta ahora muestran la enormidad de los problemas potenciales en todo el mundo. Los siguientes datos no son necesariamente comparables entre sí, pero se los cita para dar una imagen de la posible magnitud de los problemas en los diferentes países. Por ejemplo, en la India se notifica un 7- 20% de trastornos psiquiátricos entre los niños (4- 12 años de edad). En Sudán, las Filipinas y Colombia, los datos muestran que un 12- 29% de los niños (5- 15) padece de trastornos mentales. En la franja de Gaza, 21% de los niños de edad escolar padece de trastornos por ansiedad, una tasa comparable a la de las sociedades occidentales. En los países del pacífico occidental, se notifica que 7% de los niños en China, 12% de los niños en Japón y 19% de los niños en Corea sufren trastornos mentales. En EE.UU. casi el 21% de los niños muestra algún trastorno mental o adictivo diagnosticable, con al menos una discapacidad mínima. En Europa, la prevalencia de trastornos mentales varía, llegando hasta 15% en Finlandia (niños de 8- 9 años de edad), 17% en Suecia (11- 13 años), y 39% en Grecia (12- 15 años). En términos generales, los trastornos mentales afectan a un 10- 20% de la juventud mundial. Los trastornos mentales son responsables de 5 de las 10 principales causas de discapacidad en el mundo entre los niños de 5 años en adelante (Shatkin y Belfer, 2003).

Tratamiento de los trastornos emocionales y conductuales graves

Hay esperanza para las numerosas familias de todas partes del mundo cuyos niños y adolescentes muestran trastornos emocionales y conductuales graves. Es necesario continuar el diálogo y el estudio sobre las intervenciones más útiles para tratarlos. ¿Qué podemos aprender de las culturas no occidentales? ¿Cuáles son los tratamientos que dan buenos resultados en comunidades aisladas de la cultura principal? ¿Qué papel les cabe a los programas basados en creencias religiosas? ¿Cuán pronto se debe intervenir y durante cuánto tiempo se debe aplicar el tratamiento?

Mientras que el debate continúa sobre el uso de medicamentos para tratar a los niños pequeños, y las autoridades reguladoras aprueban escasos medicamentos para usar específicamente con niños y adolescentes, hay pruebas científicamente demostradas de que algunos trastornos mejoran con medicamentos. En muchos casos, una combinación de medicamentos y terapia puede aliviar los síntomas. Se han hallado algunos tratamientos nuevos que encierran promesa, pero todavía queda trabajo por hacer para adaptarlos o crearlos en alianza con las comunidades en las cuales verdaderamente se los necesita (Federación Mundial de Salud Mental, 2003).

Edades de Inicio de la psicopatología

Se ha revisado evidencia reciente de estudios epidemiológicos en la distribución de las edades de inicio de los trastornos mentales comunes. Aunque la edad de inicio es uno de los aspectos menos estudiados de la epidemiología descriptiva, esta es importante. La reciente publicación de resultados comprensivos de edad de inicio de la OMS arrojó datos sin precedentes en las distribuciones de las edades de inicio de muchos de los trastornos mentales comunes. Estos datos tienen varias implicaciones importantes para la práctica clínica y la investigación (Kessler, 2007).

Distribución de edades de inicio de trastornos comunes

Los estimados de la distribución de edad de inicio por trastorno específico han sido publicados por las encuestas de la Organización de la Salud Mental Mundial en Italia (de Girolamo, Polidori, Morosini, et al, 2006), China (Lee, Tsang, Zhang et al, 2007), México (Medina-Mora, Borges, Lara et al, 2007), Nueva Zelanda (Oakley, Wells, Scott y McGee, 2006), Nigeria (Gureje, Lasebikan, Kola y Makanjuola, 2006), España (Harc, Palacin, Vilagut et al, 2006), Ucrania (Bromet, Gluzman, Paniotto et al, 2005) y los Estados Unidos (Kessler, Berglund, Demler, et al, 2005). Además se ha completado un análisis comparativo de estas distribuciones a lo largo de los 16 países que participan con estas encuestas. La comparación sistemática de dichos resultados documenta claras consistencias dentro y entre los trastornos. Los trastornos de control de impulsos tienen la menor distribución de edad de inicio, con una media de edad de inicio entre los países de 7-9 años para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 7-15 para el trastorno negativista desafiante (TND), 9-14 para los trastornos de conducta, y 13-21 para el trastorno explosivo intermitente. Los trastornos de control de impulsos también tienen un rango extremadamente delgado de riesgo de inicio. Por ejemplo, 80% de todos los que presentaron TDAH a lo largo de la vida iniciaron en el rango de edad de 4-11, mientras la gran mayoría de TND y TC inicia entre los 5 y 15 años de edad. La mitad de todos los que presentaron trastorno explosivo intermitente a lo largo de la vida inician en la infancia o en la adolescencia. Algunos trastornos de ansiedad- las fobias y el

trastorno por ansiedad de separación- también tienen distribuciones muy tempranas de la edad de inicio, con una media en el rango de 7-14 años y un rango intercuartil (RIC) (RIC; Las percentilas 25 y 75 de las distribuciones de edad de inicio) de 4 a 20.

Las distribuciones de las edades de inicio de los trastornos del ánimo en las encuestas de la WMH son muy similares a aquellas para el posterior inicio de trastornos de ansiedad. Las curvas de edad de inicio de los trastornos del ánimo muestran consistentemente menor prevalencia hasta la adolescencia temprana seguida por un incremento brusco lineal a través de la vida adulta y declinando después de ella. La media edad de inicio de los trastornos del ánimo tiene un amplio rango a través de los países y aun un RIC más estrecho. Finalmente, las distribuciones de la edad de inicio de trastornos por uso de sustancias son muy consistentes a través de los países que participaron en las encuestas, pocos inicios ocurren antes de la adolescencia media y se incrementa conforme pasa la adolescencia. Existen considerables variaciones a través de las naciones, lo que amplía la media (18-29) y el RIC (16-43) de las distribuciones de las edades de inicio para el trastorno por el control de impulsos o fobias o trastorno de ansiedad de separación, pero menor variación para trastornos de ansiedad o del ánimo. No se detectó una fuerte consistencia de diferencias entre naciones en las distribuciones de edad de inicio en los diversos trastornos. Además las diferencias entre países en las distribuciones fueron encontradas no relacionadas al desarrollo económico, a la región del mundo o a otros correlatos estructurales (OMS, 2007).

Diferencias por Género

A pesar de que estudios epidemiológicos iniciales mostraron una prevalencia mayor en el uso de sustancias adictivas entre los hombres, encuestas epidemiológicas recientes reflejan un aumento en el uso de estas sustancias entre las mujeres, particularmente entre las adolescentes y las adultas jóvenes. Este incremento se debe en gran medida a que durante las últimas dos décadas ha habido una mayor aceptabilidad social hacia el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas por parte de las mujeres. La industria alcoholera, tabacalera y los medios de comunicación masiva han tenido una responsabilidad social mayor en este problema al promover, sistemáticamente, con un aire de glamour, el uso de sustancias adictivas entre mujeres. El problema de la adicción radica en que algunos estudios han mostrado que las mujeres son especialmente susceptibles a los efectos del alcohol, la nicotina y otras sustancias de abuso (Hernández, 2002).

El consumo de drogas a nivel mundial es mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque en varios países, incluyendo el nuestro, se ha registrado un aumento en el nivel de uso en las mujeres en los últimos años. La distribución de dicho consumo entre la población masculina y femenina difiere según la sustancia usada. Una tendencia típica de la prevalencia, diferente entre hombres y mujeres, es la participación mayoritaria de los hombres en el consumo de drogas ilegales como cannabis, cocaína, solventes inhalables y en menor nivel heroína; mientras que en las mujeres el consumo ha sido principalmente de drogas médicas como tranquilizantes, sedantes y estimulantes (Escohotado, 1995; cit por Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván 2002).

Sin embargo, recientemente hay una mayor participación de la población femenina en el consumo de drogas ilegales. En diversos países se observa consumo alto de

sustancias entre mujeres más jóvenes similar al de los hombres, mientras que en mujeres de mayor edad los niveles de consumo son relativamente bajos. De la misma manera hay mayor participación de las mujeres en actividades delictivas (FISAC, 1999; cit por Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván 2006).

La comprensión del uso de sustancias requiere diversas metodologías que constituyen ventanas para observar el fenómeno desde diferentes ángulos. En este sentido en México se ha realizado la Encuesta Nacional de Estudiantes (Villatoro, et al, 2004; cit por Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván 2006) que incluye población de enseñanza media y media superior, la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 que incluye población general entre 12 y 65 años de edad y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) 2004 que aporta datos sociodemográficos y de consumo, obtenidos de la atención en unidades de intervención en el país y en organismos no gubernamentales.

Los resultados del consumo de sustancias en población estudiantil (Villatoro, et al, 2004; cit por Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván 2006) indican que la prevalencia de consumo para el otoño de 2003 es de 9.6% de cannabis para los hombres en el nivel de uso alguna vez en la vida, mientras que en mujeres el porcentaje es de 4.8%.

De los hombres 5.3% ha empleado cocaína y de las mujeres sólo 2.7%. Para este último grupo el mayor porcentaje de sustancias fue de 5.3% para tranquilizantes y de 3.8% para inhalables.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 señala que por cada cuatro hombres consumidores hay una mujer.

El consumo en la categoría epidemiológica "alguna vez en la vida" indica que 8.6% de los hombres consumió alguna droga y sólo 2.1% de las mujeres. La proporción de consumo alguna vez en la vida, de cannabis, es de 7.7 hombres por cada mujer; para la cocaína por cada 4 hombres hay una mujer.

En el informe de SISVEA de 2004, un 95.0% de los hombres que acudieron a unidades de tratamiento informaron consumir cannabis y heroína, y le sigue la cocaína con 93.0%. De las mujeres 13.8% usaron tranquilizantes, 7.6% inhalables y 7.0% cocaína.

Como puede apreciarse, diversas fuentes de información sobre el uso de sustancias en nuestro país coinciden en que existen diferencias en los patrones de consumo de los hombres y de las mujeres.

A continuación se menciona la información recopilada por el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) durante el segundo semestre de 2004 (noviembre), que incluye 694 casos de los cuales 618 son hombres y 76 mujeres. Esta cédula de entrevista se aplica en instituciones de salud y procuración de justicia de la Ciudad de México.

Los datos demográficos muestran que 89% de los usuarios son hombres y 11% mujeres. De los hombres 60% son solteros y 64% de nivel socioeconómico bajo; mientras que de las mujeres 73.6% son solteras y 62.7% de nivel socioeconómico bajo. La edad actual en los hombres tiene su moda en el rango de 30 años o más y en las mujeres, 15 a 19 años. La ocupación de los hombres es empleado o comerciante (34.6%) y la de las mujeres es estudiante (34.7%). El nivel de escolaridad entre los hombres es principalmente de secundaria completa: 24.4%, mientras que en las mujeres (19.4%) de secundaria incompleta.

El uso de sustancias alguna vez en la vida muestra que la cannabis es usada por 70.7% de hombres y 65.8% de mujeres; la cocaína es usada por 65% de los hombres y por 56.6% de las mujeres, mientras los inhalables son usados por 37.4% de los hombres y 30.3% de las mujeres. Una proporción inversa se observa en anfetaminas y otros estimulantes: 6.6% en mujeres y 5.5% en hombres, así como de sedantes y tranquilizantes 14.5% de las mujeres y 13.4% de los hombres. La edad de inicio muestra que en la mayoría de los hombres es de 15 a 19 años, y en las mujeres entre los 12 y 14. La sustancia inicial de consumo más mencionada por los hombres es cannabis en 45.3% y en las mujeres son los inhalables (45.0%); estos últimos son consumidos por 29.6% de los hombres. Le sigue la cocaína: 19.0% en los hombres y 10.0% en las mujeres. Los alucinógenos, "éxtasis" y otros opiáceos como sustancia de inicio son empleados por 5.0% de las mujeres en cada caso y no los emplean los hombres.

Los problemas que los usuarios perciben como antecedentes para la carrera del consumo son los de tipo familiar: 15.9% en los hombres y 11.8% en las mujeres y los nerviosos, 7.4% en los hombres y 2.6% en las mujeres. Los problemas que las mujeres

mencionan con mayor frecuencia son los sociales (10.5%), en los hombres es 6.6%.

Los problemas que los usuarios perciben derivados del consumo son en mayor proporción los de tipo familiar, nervioso y psicológico. Llama la atención que en la mujer las proporciones son más altas que en los hombres: los problemas familiares fueron mencionados por 57.9% de las mujeres y por 49.4% de hombres; los problemas nerviosos alcanzaron 30.3% y 26.5% respectivamente; de igual forma en los problemas psicológicos, 39.5% en las mujeres y 23.5% en los hombres (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván, 2006).

Como posibles explicaciones de las diferencias del consumo entre hombres y mujeres respecto a los problemas que señala cada grupo, pueden considerarse las siguientes:

Baja autoestima en la mujer: Situaciones tales como la poca valoración que la sociedad concede al trabajo doméstico, la crianza de los niños, etc. imponen mayor presión social en la mujer y pueden ser factores de riesgo. Lo mismo se podría aplicar a la etapa de embarazo, en que la mujer es emocionalmente más sensible y puede hacer uso de las sustancias como un medio para apaciguar problemas familiares, laborales y de pareja (FISAC, 1999).

Permisividad social: para los hombres el uso de sustancias es más abierto, permitido y da prestigio, mientras que para la mujer es oculto, prohibido, devaluatorio.

Para ella el consumo es más un acto privado, lejos de la vista, negado; puede ser una válvula de escape ante la necesidad de relajarse, sentir placer, ser más sociable. El consumo se vuelve entonces un instrumento con doble fin: por una parte ayuda a afrontar las tensiones y por la otra es un mecanismo social que margina a la mujer (FISAC, 1999).

En hombres y mujeres al parecer existe la *fantasía de que el consumo resuelve los problemas*. Sin embargo los resultados muestran que los usuarios una vez instalados en el consumo perciben que sus problemas aumentan como resultado del uso de sustancias. Esto sugiere que para la investigación futura es necesario identificar cómo es el funcionamiento de los mecanismos psicológicos que llevan a los usuarios a no considerar la realidad y continuar con el consumo (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván 2006).

MALTRATO

Desde la antigüedad, el maltrato a los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los/as niños/as se remontan a civilizaciones muy antiguas (OMS, 1999). En diferentes culturas existen antecedentes remotos encaminados a poner límites a los derechos que los padres consideraban absolutos hacia sus hijos/as, así como para regular el acoso sexual a los/as niños/as. Ya en el Código de Hammurabi, 200 años A.C. (CDN 1989) se sancionaba con la amputación de los senos a la nodriza que dejaba morir en sus brazos a un lactante. También se han encontrado leyes de protección a los/as niños/as que datan del año 450 A.C. A pesar de ellas, la violencia de los menores a través de la historia se ha manifestado de manera constante de forma física, emocional, sexual y en el trabajo forzado, por mencionar algunas. Las justificaciones para permitir las agresiones en perjuicio de menores son variadas: niños y niñas han sido sacrificados para "agradar a los dioses", "mejorar la especie" (Fontana, 1979) o, de manera más común, para "imponer la disciplina" (Santamaría, 1992).

El maltrato de niños y niñas está fuertemente entremezclado con la definición y redefinición de valores en el tiempo. Considerados como la propiedad de sus padres a lo largo de muchos momentos de la historia, los/as niños/as eran abandonados, abusados, explotados, vendidos o hasta asesinados por sus padres sin ninguna consecuencia legal. Los/as niños/as asumían papeles adultos a edades tempranas, y el infanticidio era un medio aceptado para librar a la madre o a la familia de una carga indeseable. Mientras que la sociedad moderna ha ido evolucionando la perspectiva que se ha tenido hacia los/as niños/as para reconocerlos como seres humanos con derechos y las reformas para su protección, se han aprobado más lentamente (Whitcomb et al., 2002). Es importante considerar que el concepto de la niñez ha evolucionado y por ello sufrido cambios importantes. Por mucho tiempo se les consideró "adultos pequeños", "seres irracionales sin capacidad para pensar, entender u opinar", "propiedad absoluta de los padres". Solo recientemente se les empezó a concebir como personas con derechos (con más lentitud y resistencia a las niñas que a los niños).

En la edad media un niño dejaba de serlo cuando cumplía 7 años; a partir de esta edad ya no dependía más de sus padres o de los adultos dedicados a su cuidado y así, rápidamente, entraba a la vida adulta en lo que a responsabilidades y costumbre se refieren. Trabajaba, usaba ropas de adultos, podía socializar al mismo nivel con éstos, incluso era frecuente que asistiera a lugares donde se consumían bebidas alcohólicas. Este fenómeno era más frecuente entre las clases más pobres y marginadas (Aries, 1987).

Es hasta los siglos XVI y XVII, con el Renacimiento y la Ilustración, que los conceptos de niñez y adolescencia comenzaron a evolucionar y adquirir sentido. Pero como señalan Perea, Loredó y Corchado (2005), es hasta fines del siglo XIX, en Francia, Nueva York y Londres, que surgieron grupos y organizaciones destinadas a proteger y velar por la vida de los/as niños/as.

Ahora bien, debido a la etapa de desarrollo en la que físicamente se encuentran, a su inmadurez psicológica y a que muchas veces son considerados inferiores, propiedad de los adultos, y seres sin derechos con la obligación de "obedecer a los mayores", los niños y niñas son víctimas ideales de diversos abusos. Constituyen una población especialmente vulnerable a la violencia y al delito por parte de algunos

adultos, tanto en el ámbito doméstico como en el extra-doméstico. Su situación facilita que se conviertan en víctimas de todo tipo de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, la que -precisamente por su misma edad- puede permanecer oculta, y por lo tanto, impune.

El maltrato infantil puede tener por supuesto consecuencias inmediatas severas, inclusive la muerte, pero también conlleva a secuelas físicas y emocionales a mediano y largo plazo insoslayables. Por esto, además de ser un delito y una violación a los derechos humanos, el maltrato infantil es un problema de salud pública grave al que hay que hacer frente desde una perspectiva científica.

En la actualidad, el maltrato infantil es una preocupación nacional e internacional, destacando el interés particular por algunas de sus manifestaciones como la violencia familiar, la explotación o la pornografía infantil. A nivel internacional, diferentes instrumentos reconocen esta situación de vulnerabilidad infantil, sirve de ejemplo la Declaración Universal de los Derechos de Niño, emitida por la Organización de las Naciones Unidas y mejorada en tres fases: la Declaración de 1928, la de 1948 y por último la Declaración de los Derechos de los Niños de 1959. A lo anterior se suma el establecimiento en 1979 del Año Internacional del Niño, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores (Reglas de Beijing, 1985) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989. Todo esto culminó con la entrada en vigor de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Niñez, el 2 de septiembre de 1990, tras cerca de 70 años de esfuerzos por obtener de la comunidad internacional un reconocimiento de las necesidades específicas y la vulnerabilidad de los niños y niñas como seres humanos.

En nuestro país las secuelas del maltrato infantil suelen ser registradas por aquellas instancias que atienden los casos más graves, algunos letales. Además las estadísticas oficiales suelen revelar poco acerca de las características de maltrato sufrido por estos menores. Lo anterior obedece en parte a que en México, como en muchos otros países, no hay ningún sistema jurídico o social con responsabilidad específica de registrar informes sobre el maltrato y descuido de menores, y mucho menos de atenderlos. Hay evidencias de que sólo una proporción pequeña de los casos de maltrato a menores se informa a las autoridades, aunque esto tenga carácter obligatorio (Banco Mundial, 2004)

Maltrato Infantil

A pesar de que éste es un fenómeno que se ha presentado desde siempre y parece tener una alta prevalencia a nivel mundial, existen aún dificultades en la toma de acuerdos para su definición. El problema de la conceptualización depende principalmente de la disciplina que defina la violencia infantil y de las diferentes escuelas o corrientes de pensamiento, así como las diferencias en cuanto a cómo definen las culturas el maltrato el cual está relacionado con el énfasis en aspectos particulares del comportamiento de los padres. Muchas culturas concuerdan en que no se debe permitir el maltrato de menores y, en este sentido, prácticamente hay unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias duras y el abuso sexual.

1) Definiciones

Algunas definiciones se concentran en los comportamientos o los actos de los adultos, mientras que en otras se considera que existe maltrato cuando hay daño o amenaza de daño para el /la niño/a. La distinción entre el comportamiento –

independientemente del resultado- y la repercusión o el daño, puede ser confusa si la intención de los padres forma parte de la definición. Algunos expertos consideran que han sufrido maltrato los que han resultado dañados involuntariamente por actos de uno o ambos padres, mientras que otros requieren que el daño al niño sea intencional para definir el acto como maltrato.

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores especializados en el tema. La primera fue conceptualizada por Kempe en 1962, quien originalmente definió al Maltrato infantil como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes” (Kempe y cols., 1984). Posteriormente se incluyeron la negligencia y las agresiones psicológicas como componentes del Maltrato Infantil. Para Wolfe, este maltrato implica la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal) (Wolfe, 1991).

Guerra (2005) por su parte agrega que el concepto de maltrato infantil, no sólo debe entenderse como la acción y efecto de golpear, insultar o tratar mal a cualquier ser humano que se encuentre en la etapa de su vida comprendida desde el nacimiento hasta la pubertad, sino a todo acto que atente contra los derechos de los menores, ya sea de manera intencional u omisa” (Guerra, 2005, p. 318).

En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) define al maltrato infantil como: “ Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), define a los/as niños/as maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.

La Norma Oficial Mexicana en 1999 define al maltrato infantil como: “Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder – en función del sexo, la edad y la condición física- en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”.

La Sociedad Internacional para la Prevención de Maltrato y Descuido de Menores comparó las definiciones de maltrato de 58 países. Con base en esta comparación en 1999 la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición (OMS, 1999):

“ El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Por su parte, UNICEF señala que: “Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede

ser ejecutado por emisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial" (UNICEF, 1995).

Para Cortés y Cantón (1997) cualquier conducta de abuso o abandono a un niño o niña que genere lesiones, enfermedad o trastornos, independientemente de la gravedad y cronicidad, debe de considerarse maltrato infantil. Es decir aquellas conductas que pueden causar lesiones graves tendrían que considerarse violentas aunque ocurran solamente una vez.

2) Tipos de maltrato

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Organización Panamericana de Salud, 2002) define cuatro tipos de maltrato infantil: el maltrato físico, el abuso sexual, el maltrato emocional y el descuido o negligencia.

- Maltrato físico

Aunque parece ser el maltrato más fácil de conceptualizar, definirlo y operacionalizarlo no es una tarea menor considerando que, por ejemplo, los maltratos físicos habituales para disciplinar no son lo mismo que las conductas abusivas infrecuentes y episódicas. Una característica del maltrato físico es que "implica el uso inapropiado de la fuerza de un modo que es evolutivamente lesivo" (Garbarino y Eckenrode, 1999, p. 27).

Cortés y Cantón (1997) definen este maltrato como "las agresiones físicas al niño por parte de uno o de ambos padres biológicos o adoptivos, de otras personas que vivan con el cuidador, del compañero/a sentimental del progenitor encargado/a de su custodia (viva o no en la misma casa) o de cualquier otra persona en quien los padres deleguen su responsabilidad que puedan poner en peligro el desarrollo físico, social o emocional del niño" (Cortés y Cantón, 1997, p. 6).

- Abuso sexual

Actualmente no existe un consenso en la definición de abuso sexual, sin embargo desde 1978 el National Center of Chile Abuse and Neglect propone que se considere como abuso sexual a los "contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona". Aunque los actos sexuales se consideran en la definición común del abuso sexual, es frecuente que la motivación de los abusadores sean "cuestiones relacionadas con el poder, el control, el placer sádico y la ira desplazada" (Garbarino y Eckenrode, 1999, p. 162). En México, González-Serratos (1995) define al abuso sexual como "cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia (...)

Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el/la menor. El abuso sexual incluye la desnudez, la exposición a material sexualmente explícito, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal y/o genital, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar cómo abusan sexualmente de otro/s menor/es, la exposición a actos sexuales entre adultos, la prostitución, la pornografía infantil, etc." (González-Serratos, 1995, p. 2).

- Maltrato emocional

Incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Para McGee y Wolfe (1991) básicamente hace referencia a comunicaciones entre padres hijos/as que "pueden dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño, en función de las vulnerabilidades que presenta (especialmente su nivel evolutivo). (...) Por otra parte, el abandono psicológico (falta de respuesta y sensibilidad) lo definen como la ausencia de una atención positiva de los padres hacia el niño" (McGee y Wolfe 1991, p. 8). Cortés y Cantón (1997) distinguen cinco subtipos de maltrato emocional: rechazar/degradar, aterrorizar, aislar, corromper y explotar a un niño o niña. El rechazo/degradación incluye conductas como insultar o humillar públicamente al/la niño/a; el aterrorizarlo/a por ejemplo se manifiesta en las amenazas que se le hacen al niño o niña de matarlo/a, lesionarlo/a o abandonarlo/a si no se comporta según las expectativas del/la cuidador/a; el aislamiento tiene que ver principalmente con acciones del cuidador para privar al/la niño/a de oportunidades de establecer relaciones sociales; la corrupción implica modelar actos antisociales o creencias inadecuadas en el niño o niña como exponerlo a comportamientos delictivos; y la explotación hace referencia a conductas tales como asignar al/la niño/a trabajos domésticos o no domésticos que deberían ser realizados por adultos y que interfieren en las actividades y necesidades sociales y escolares del niño o la niña.

Cabe agregar aquí a los testigos de la violencia entre los padres u otros familiares, ya que estos niños y niñas al estar expuestos al maltrato físico, sexual o emocional que ocurre entre personas cercanas y queridas son afectados indirectamente, pero no por ello en menor medida que los menores violentados directamente (Ramos, 2000).

- Descuido o negligencia

Se puede definir como aquellas "conductas de omisión en los cuidados físicos por parte de los padres o del cuidador permanente del niño que pueden provocar o provocan daños físicos, cognitivos, emocionales o sociales o daños a otros o a sus propiedades como resultado de las acciones del niño" (Cortés y Cantón, 1997, p. 6). Pueden distinguirse ocho subcategorías: descuido en la salud, en la supervisión, en la custodia, expulsión del hogar, alimentación, higiene personal, higiene del hogar y educación. Este descuido se distingue de la situación de pobreza en la que estas omisiones ocurren porque la familia no tiene acceso a servicios básicos de salud, higiene, agua, etc. Asimismo, es un maltrato que no implica un contacto físico inapropiado entre el niño o niña y quienes lo/a cuidan, pero que probablemente es una mayor amenaza social que el maltrato activo (Garbarino y Eckenrode, 1999).

Otros tipos de maltrato

Existen otros tipos de maltrato, en los cuales no se ahondará mayormente, debido a que son difíciles de diagnosticar, porque se cuenta con mucho menos información sobre éstos y porque parecen tener con mayor probabilidad un trasfondo psicopatológico severo en quienes lo ejercen (Motz, 2001).

Este es el caso del Síndrome de Münchhausen por poderes y del infanticidio.

En el primer caso, los cuidadores -con frecuencia la madre o nana-, someten al niño o niña a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, pretextando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto, que en algunos casos han llegado a provocarles la muerte.

En el segundo, la madre o madrastra más frecuentemente mata a un niño o niña menor de un año de edad. Este tipo de violencias suelen ser miradas con extremo horror y rechazo hacia las mujeres que las cometen, en gran medida por la dificultad

de reconocer la violencia femenina, fuertemente enlazada con la maternidad (Motz, 2001). Trejo (2005) agrega que el síndrome del niño sacudido y el abuso fetal son tipos difíciles de detectar; asimismo considera que existen ciertas formas de maltrato que han sido poco conceptualizadas como el maltrato étnico, el ritualismo satánico y los niños de la guerra.

Otro tipo de maltrato hacia los/as niños/as es el institucional. Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

Epidemiología del Maltrato Infantil

1) Situación internacional

La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, refiere que en el año 2000 hubo alrededor de 57,000 defunciones atribuidas a homicidios en menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios de niños/as a nivel mundial indican que los lactantes y los/as niños/as muy pequeños/as corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los/as niños/as de 5 a 14 años (Organización Panamericana de Salud, 2002). El riesgo de maltrato mortal de los/as niños/as varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo. En los/as niños/as menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2.2 por 100,000 para los varones y de 1.8 por 100,000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100,000 para los niños y 5,1 por 100,000 para las niñas.

Las tasas más altas de homicidios de menores de 5 años de edad se encuentran en la Región de África de la OMS: 17.9 por 100 000 para los varones y 12.7 por 100 000 para las niñas. Se presentan las tasas más bajas en los países de ingreso alto de las regiones de la OMS de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. De acuerdo con UNICEF, en América Latina y el Caribe en 1999, unos 6 millones de niños, niñas y adolescentes fueron objeto de agresiones severas; se calcula que 80 mil menores mueren cada año por la violencia intrafamiliar. Otros datos sobre el problema son los siguientes; se estima que hay más de 185 mil menores expuestos a distintas formas de violencia como el comercio sexual, el tráfico internacional de estupefacientes, tratantes de blancas, delincuencia juvenil, impacto de las guerras, conflictos armados y abuso sexual, entre otras. El 70% de la violencia en contra de niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar. El abuso sexual es más frecuente entre los 5 y 9 años.

Los datos sobre el maltrato y descuido de menores de edad con resultados no mortales provienen de diversas fuentes, tales como las estadísticas oficiales, los informes de casos y las encuestas basadas en la población. No obstante, queremos recalcar que –como ya mencionamos- la utilidad de éstas difiere; asimismo las estadísticas oficiales a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores de edad. A pesar de sus limitaciones, a continuación se reportan algunos datos.

Maltrato físico

Según la OMS, las estimaciones obtenidas en estudios basados en la población varían considerablemente. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados

Unidos, se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos/as. A partir de esta encuesta se obtuvo una tasa de maltrato físico de 49 por 1,000 niños/as cuando se incluyeron los siguientes comportamientos: golpear al niño/a con un objeto en un sitio que no eran los glúteos, patearlo/a, vapulearlo/a, y amenazarlo/a con un cuchillo o arma de fuego.

Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas no son inferiores y pueden en verdad ser superiores a las estimaciones del maltrato físico en los Estados Unidos. Los datos más comparables provienen del proyecto de Estudios Mundiales del Maltrato en el Entorno Familiar (WorldSAFE), una investigación efectuada en colaboración con diversos países. Los investigadores de Chile, Uruguay, Egipto, Filipinas y la India aplicaron un protocolo básico común a muestras basadas en la población de las madres de cada país, con el fin de establecer tasas de incidencia comparables de formas severas y más moderadas de castigar a los/as niños/as. Específicamente, los investigadores midieron la frecuencia de comportamientos de castigo de los padres, sin catalogar los castigos severos como maltrato, usando la misma escala (Organización Panamericana de Salud, 2002). En estos estudios también se recopilaban sistemáticamente otros datos con el propósito de determinar los factores de riesgo y protección. Entre los tipos de maltrato que se reportaron en forma similar destaca que los padres en Egipto, en zonas rurales de la India y en Filipinas informaron con frecuencia que, como castigo, habían golpeado a sus hijos/as con un objeto en una parte del cuerpo diferente de los glúteos por lo menos una vez en los seis meses previos. Este comportamiento también se informó en Chile y en los Estados Unidos, aunque con una tasa mucho menor (Organización Panamericana de Salud, 2002). Las formas más crueles de violencia — como asfixiar a los/as niños/as, quemarlos/as o amenazarlos/as con un cuchillo o arma de fuego — se notificaron muy poco.

Sin embargo, también se reportaron divergencias. Dar nalgadas a los/as niños/as fue la medida disciplinaria más comúnmente notificada en todos los países participantes, excepto en Egipto, donde otras formas de castigo, como zarandear a los/as niños/as, pellizcarlos, darles un golpe con la mano abierta en la cara o la cabeza, se usaron con mayor frecuencia. Ambos padres en las zonas rurales de la India informaron que abofeteaban a sus hijos o les pegaban en la cabeza con la mano abierta casi con la misma frecuencia con que les propinaban nalgadas, mientras que en los otros países las bofetadas y los golpes en la cabeza ocurrían menos a menudo.

Las formas moderadas y severas de castigo no están limitadas a la familia o el ámbito doméstico. Gran parte de los castigos excesivos los administran los docentes y otros responsables del cuidado de los/as niños/as en las escuelas y otras instituciones.

Abuso sexual

Las estimaciones en torno a la prevalencia varían enormemente según las definiciones usadas y la manera en que se recopila la información. Algunas encuestas se realizan con niños y niñas, otras con adolescentes y adultos que informan sobre su niñez, mientras que en otras se pregunta a los padres acerca de lo que pueden haber experimentado con sus hijos/as.

Estos tres métodos diferentes pueden producir resultados muy distintos. Entre los estudios publicados de adultos que informaban retrospectivamente sobre su propia niñez, las tasas de prevalencia del abuso sexual en la niñez entre los varones varían

de 1% —usando una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza —al 19% cuando se empleó una definición más amplia. En las mujeres adultas, las tasas de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez varían de 0,9%, usando la violación como definición del abuso, a 45% con una definición mucho más amplia. Los resultados informados en los estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5% a 10% en los varones (Organización Panamericana de Salud, 2002).

Estas variaciones amplias en las estimaciones de la prevalencia publicadas, podrían ser resultado de diferencias reales del riesgo que existe en las distintas culturas o de las diferencias en la forma en que se efectuaron los estudios. La inclusión del abuso por los pares en la definición de abuso sexual de los/as niños/as puede aumentar la prevalencia en un 9%, y la inclusión de los casos donde no se produce contacto físico puede aumentar las tasas en alrededor de 16% (Santamaría, 1992).

Entre 1998 y 2004 la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo el WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women en 10 países, utilizando un diseño e instrumentos comparables con el fin de minimizar las diferencias producto de la metodología (García et al., 2003).

En cuanto a los reportes de abuso sexual en la infancia por parte de las mujeres de 15 a 49 años que participaron en el estudio, se reporta una prevalencia de entre 0.2% al 20% utilizando la siguiente definición "actividad sexual indeseada, con o sin contacto antes de los 15 años". El país en donde se reportó menor abuso sexual fue Etiopía, mientras que en Lima, Perú fue donde una de cada cinco mujeres reportaron abuso sexual infantil (Ellsberg y Heise, 2005).

Maltrato emocional

Este tipo de maltrato ha recibido todavía menos atención mundial que el maltrato físico y el abuso sexual. Los factores culturales parecen influir vigorosamente en las modalidades no físicas que los padres eligen para disciplinar a sus hijos/as, algunas de las cuales pueden ser consideradas psíquicamente nocivas por personas de otros ambientes culturales.

Hay datos que indican que gritar a los/as niños/as es una respuesta común de los padres en muchos países. Maldecir a los/as niños/as e insultarlos es un comportamiento que parece variar mucho más. En los cinco países del estudio WorldSAFE, la tasa de incidencia más baja de insultos dirigidos a los/as niños/as en los seis meses anteriores fue de 15%. Sin embargo, las prácticas de amenazar a los/as niños/as con abandonarlos o dejarlos fuera de la casa y echar llave a la puerta variaron mucho entre los distintos países. En Filipinas, por ejemplo, las amenazas de abandono fueron notificadas frecuentemente por las madres como una medida disciplinaria. En Chile, sólo cerca de 8% de las madres recurrían a este tipo de amenazas (Santamaría, 1992).

Los datos limitados del proyecto de WorldSAFE indican que la mayoría de los padres utilizan prácticas disciplinarias no violentas, tales como explicar a los/as niños/as el por qué su comportamiento estaba equivocado y decirles que no deben actuar así, cancelar prerrogativas y usar otros métodos no violentos para corregir los problemas de conducta.

En otras partes, por ejemplo en Costa Rica, los padres admitieron que empleaban el castigo físico para disciplinar a los/as niños/as, pero señalaron que era el método que menos les gustaba.

Abandono/descuido o negligencia

Muchos investigadores incluyen el descuido o el daño causado por la falta de cuidado por parte de los padres u otros cuidadores como parte de la definición de maltrato. En Kenya, el abandono y el descuido eran los aspectos más comúnmente citados del maltrato de menores cuando se preguntó sobre el tema a los adultos de la comunidad. En dicho estudio, 21.9% de los/as niños/as informaron que habían sido descuidados por sus padres. En Canadá, un estudio nacional de los casos notificados a los servicios de protección de la infancia encontró que, entre los casos comprobados de descuido, 19% fueron de descuido físico, 12% de abandono, 11% de descuido de la educación y 48% de daño físico resultante de que uno de los progenitores no había proporcionado una supervisión adecuada (Santamaría, 1992).

2) Situación nacional

En nuestro país no se conoce la prevalencia de niños/as víctimas de maltrato infantil; los estudios que existen sólo muestran facetas parciales de este problema, por lo que es necesario establecer estrategias de investigación adecuadas para detectarlo. Los datos sistematizados con que cuenta México provienen de las pocas denuncias que se hacen, muchas de las cuales no pueden ser comprobadas y de las investigaciones realizadas en algunos centros hospitalarios en donde los/as niños/as son llevados para recibir atención médica aduciendo otras causas.

En una visión global sobre los datos descriptivos, en 1965 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de México se reconoció al primer grupo de niños/as maltratados/as. Posteriormente en 1977, se realizó una vasta investigación con base en la observación de 686 casos de maltrato infantil comprobado. A partir de ese año se empezó a estudiar sistemáticamente el fenómeno del maltrato en menores, sin que se realizaran acciones para combatirlo o prevenirlo con eficacia como se ha venido haciendo en países de mayor desarrollo (Torregosa, 1992). Fue a partir de 1984, cuando inician una serie de investigaciones sobre maltrato infantil, con la creación de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), en donde se han realizado un sin número de investigaciones de niños/as que llegan para recibir atención médica, generalmente aduciendo sus padres o cuidadores otras razones. Híjar-Medina, Tapia-Yáñez y Rascón-Pacheco realizaron un estudio con base en fuentes secundarias, sobre homicidio en niños/as de 0 a 4 años de edad ocurridos en la República Mexicana entre 1979 y 1990 (Híjar-Medina y cols., 1994).

Durante el transcurso de esos 12 años, hubo en México un promedio anual de 4,533 niños/as entre los 0 y los 4 años de edad que fallecieron por causas accidentales y violentas. En el rubro de homicidios, el total de muertes fue de 2,939 lo que significa que, en promedio, un niño menor de cinco años fue asesinado cada dos días en México. Esta relación ha ido en aumento, ya que mientras que en 1979 era de .50 por día, para 1990 fue de uno diario. Al analizar el número de muertes por homicidio y por edad, se observa que 39% eran menores de un año; más de la tercera parte de los homicidios que ocurren en este grupo, sucede antes de transcurridos los 30 días del nacimiento y ocupa el tercer sitio como causa de muerte por lesiones accidentales e intencionales en este grupo específico.

Existe mayor riesgo en los varones de morir por homicidio, en comparación con el de las niñas. Al eliminar las causas por homicidio no especificadas, destaca en todo el periodo el ataque con arma de fuego, el ahorcamiento y estrangulamiento, la sumersión en las edades de entre uno y dos años, y el uso de arma de fuego a partir de los tres años. La muerte debida a ataque por otros medios y los no especificados representan el 52.2% del total de fallecimientos por homicidio; en este último se encontró que el 10% se debió a quemaduras (Hijar- Medina y cols., 1994).

La Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar levantada en 1991 mostró una prevalencia de por vida de abuso sexual en estudiantes de 4.4%, considerando solamente el contacto físico (Ramos-Lira, Saldívar, Medina-Mora et al., 1998). Un 28% de las víctimas sufrieron la agresión antes de los 10 años y un 40% entre los 10 y los 13. Considerando el sexo, cabe mencionar que un 37% de las mujeres sufrieron el abuso antes de los 10 años en comparación con un 20% de los hombres, siendo esta diferencia significativa. Por su parte, un 74% de los hombres lo sufrieron entre los 10 y 17 años.

Respecto a la relación con la persona que les agredió, alrededor de dos terceras partes de las víctimas de abuso, lo experimentaron por parte de conocidos; de éstos, en casi dos de cada tres casos el perpetrador fue un amigo. Se observaron diferencias significativas por sexo en este rubro; como figuras principales las mujeres reportaron con más frecuencia haber sido abusadas sexualmente por un familiar, mientras que los hombres reportaron más frecuentemente haber sido coercionados por amigos.

Sin embargo, llama la atención que si tomamos el rubro de conocidos, la mitad de las mujeres y dos de cada tres hombres sufrieron el abuso por alguien incluido en esta categoría. En las mujeres estos conocidos fueron en casi la mitad de los casos amigos y en dos quintas partes, novios; en los hombres, tres quintas partes eran amigos y en una cuarta parte novios.

La Encuesta fue levantada nuevamente en 1997 y en 2003 en la Ciudad de México, obteniéndose una prevalencia de por vida de abuso sexual de 5% para ambos sexos en 1997 y de 3.5% para los hombres y 9.5% para las mujeres en 2003 (Ramos, Villatoro, Medina-Mora, et al., en proceso). Es importante resaltar que en la última encuesta, solamente 12% de los agresores fueron desconocidos para los estudiantes hombres y mujeres abusados sexualmente, siendo la distribución de agresores muy similar a la de 1991 para cada sexo. Alrededor del 43% de los abusos ocurrieron entre los 12 y 16 años, pero en las mujeres un porcentaje mayor se experimentó antes de los 12 años (48.2% en ellas y 29.5% en los hombres).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Patología Mental en México, representativa de la población mexicana urbana de 18 a 65 años, evaluó 28 diferentes sucesos violentos con la versión computarizada del WHO-CIDI (versión certificada 15) entre 2001 y 2002 para poder determinar diferentes diagnósticos según el criterio DSM-IV y el CIE-10, entre ellos, el Trastorno por Estrés Postraumático (Medina-Mora, Borges, Lara, et al., 2005). Los resultados del estudio mostraron que el 68% de la población adulta que vive en el México urbano ha estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en su vida.

Una de cada cinco personas había sido testigo de violencia doméstica en su infancia (20.3%); una proporción similar había sido apaleado por parte de padres o

cuidadores en la infancia (18.3%). Un 5.4% reporta haber experimentado abuso sexual y 3.9% violación. Las mujeres presentaron prevalencias estadísticamente más elevadas de abuso sexual y violación.

El ser víctima de violencia por parte de los padres mostró una distribución similar, pero los nuevos casos dejan de aparecer a una edad más temprana, siendo poco probable que ocurran después de los 17 años. Niños, niñas y adolescentes también están más expuestos a la violación; este evento tiene su aparición en las dos primeras décadas de la vida, con pocos nuevos casos después de los 20 años. El abuso sexual ocurre también por primera vez en edades tempranas con reportes a partir de los 5 años de edad; el índice de nuevos casos sigue apareciendo hasta los 25 años.

Adicionalmente, un estudio realizado en estudiantes de secundarias ubicadas en la zona centro del Distrito Federal, encontró que más de la mitad de hombres y mujeres, reportaron alguna conducta de violencia psicológica y física moderada por parte de ambos padres. La violencia física severa fue reportada en uno de cada cinco casos. Tanto padres como madres maltrataron en forma similar a los y las encuestados/as. Sin embargo, las madres ejercían más violencia psicológica hacia las hijas, y los padres más violencia física severa hacia los hijos. A partir de lo reportado por los hombres y las mujeres adolescentes de este estudio puede decirse que la violencia es común en sus familias: la violencia psicológica y la violencia física moderada ejercida por ambos padres, tuvo una proporción de entre cinco y seis para cada diez casos (Caballero, 2005; Caballero et al., 2002).

Perea Martínez y Loredó Abdalá mencionan que uno de cada diez niños/a es víctima de violencia, pero sólo se registra el 10 por ciento de los casos (Perea, y cols., 2005). Por su parte, Baeza Herrera y cols., han estudiado en el Hospital Pediátrico Moctezuma a niños/as agredidos/as que han sufrido alguna lesión que requiere atención quirúrgica (Baeza y cols., 2005).

La violencia física en su expresión máxima es ejecutada por varones; es ejercida por padres sustitutos, generalmente por el padrastro, por el tutor o por la pareja de la madre. El padrastro o el tío se sienten con derecho de agredir a la familia y en particular a los/as niños/as por el simple hecho de ser la figura paterna alterna y quien los sostiene económicamente.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), registró de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año.

Efectos emocionales y del comportamiento

El maltrato infantil en sus diversas modalidades, incluyendo el ser testigo de violencia, se ha asociado con una serie de problemáticas que se han subdividido en "internalizadas", las cuales hacen referencia a aspectos principalmente emocionales, incluyendo la depresión, la ansiedad y la baja autoestima; y en "externalizadas" que se refieren a comportamientos como la desobediencia, la hostilidad y la agresión (Carter et al., 2003). Más aún se ha considerado que una proporción importante de la delincuencia y violencia juveniles –masculina y femenina- de la violencia en el entorno familiar como perpetrador/a y de los actos violentos en otros contextos, son manifestaciones de casos de la exposición traumática a sucesos violentos en la infancia, sea dentro o fuera de la familia (Ford, 2002; Garbarino, 2002; Wood et al., 2002).

Los efectos emocionales inmediatos del abuso y abandono- aislamiento, miedo e incapacidad de confiar—pueden traducirse en consecuencias para toda la vida, incluyendo la baja autoestima, la depresión y la dificultad de interrelacionarse. Según la revisión realizada por la National Adoption Information Clearinghouse, las áreas que pueden verse afectadas por el maltrato infantil según evidencias de investigación son:

a) La salud mental y emocional

En un estudio de largo plazo realizado en Estados Unidos, hasta el 80% de los adultos jóvenes quienes han sido maltratados cumplieron con el criterio de diagnóstico de al menos un trastorno psiquiátrico a la edad de 21 años. Existen adultos jóvenes que presentan muchos problemas, incluyendo depresión, ansiedad, problemas de alimentación e intentos de suicidio (Silverman, Reinherz, y Giaconia, 1996).

Un estudio realizado vía el auto-reporte de maltrato en estudiantes de dos secundarias del Distrito Federal, analizó las respuestas de los hombres y las mujeres en términos de la distribución de la violencia ejercida por los padres y algunos efectos en la salud mental (Caballero et al., 2002; Caballero, 2005). Las estudiantes encuestadas que habían sufrido cualquier forma de violencia física o psicológica, ya sea por parte de su madre y/o del padre, tuvieron un riesgo mayor de presentar intentos de suicidio que las mujeres no violentadas.

Esta situación fue más marcada para aquellas que reportaron violencia psicológica ejercida por su padre, quienes tuvieron un riesgo casi tres veces mayor de presentar la conducta suicida, así como para aquéllas que reportaron violencia física severa por parte de su madre.

Por otro lado, en los hombres, tres formas de violencia resultaron factores de riesgo: la violencia física severa por parte del padre, que representó cerca de cuatro veces más riesgo para la conducta suicida; la violencia psicológica, igualmente ejecutada por el padre, la cual obtuvo tres veces mayor riesgo para el intento de suicidio; y de la misma manera, la violencia psicológica ejercida por parte de la madre. En el caso de la sintomatología depresiva, en las mujeres solamente la violencia física moderada ejercida por parte de la madre, representó un factor de riesgo para presentar depresión dos veces mayor para las víctimas que para las adolescentes que no reportaron esta violencia.

Un mayor número de asociaciones de riesgo en hombres se presentó en relación con la sintomatología depresiva, en donde todas las formas de violencia resultaron factores de riesgo significativos. Las formas que representaron los riesgos más altos fueron la violencia psicológica ejercida por parte del padre con un riesgo cuatro veces mayor; seguida de la violencia psicológica ejercida por la madre, la cual representó tres veces mayor riesgo para presentar sintomatología depresiva en los hombres victimizados, al igual que la violencia física moderada ejercida por el padre. Otras condiciones psicológicas y emocionales asociadas con el abuso y abandono incluyen trastornos de pánico, trastornos de disociación, trastornos de deficiencia de atención/hiperactividad, trastornos de estrés post-traumáticos y trastorno de apegamiento reactivo (ver también los resultados sobre la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático según la Encuesta Nacional de Patología Mental reportada por Medina-Mora, et al., 2005).

b) Los procesos cognitivos

La National Survey of Child and Adolescent Well-Being (2003) realizada en Estados Unidos encontró que los/as niños/as puestos en cuidado fuera del hogar debido a maltrato o abandono tienden a obtener menores puntajes que la población general en las mediciones de capacidad cognitiva, desarrollo de lenguaje y logros académicos.

c) Las habilidades sociales

Los/as niños/as quienes son abusados y abandonados por las personas a su cargo frecuentemente no forman nexos efectivos con ellos. Estas tempranas dificultades de establecer nexos pueden llevar más tarde a dificultades en las relaciones con otros adultos como también con sus compañeros (Morrison, Frank, Holland, y Kates, 1999).

d) Problemas en el comportamiento

Todo lo anterior se puede ver reflejado en problemas que suelen comenzar en la adolescencia como la delincuencia juvenil (Widom y Maxfield, 2001) y el abuso de alcohol y otras drogas (Kilpatrick et al., 2000; Ramos-Lira et al., en prensa).

Asimismo, se calcula que una tercera parte de los/as niños/as maltratados/as y abandonados/as eventualmente victimizarán a sus propios hijos/as.

Ahora bien, cabe volver a recalcar que no estamos hablando de un fenómeno causa-efecto, pues existen factores que pueden poner en riesgo a los niños y a las niñas de desarrollar problemas de salud mental a mediano y largo plazo. Dada la revisión realizada podemos suponer que ciertos tipos de experiencias violentas podrían tener un efecto mayor: por ejemplo, las victimizaciones directas podrían impactar más severamente que las indirectas, al igual que el maltrato físico severo y el abuso sexual, en comparación con el psicológico. Sin embargo, no es posible hasta la fecha hacer alguna afirmación al respecto con la información que tenemos en el país, considerando además que pueden existir efectos acumulativos de diferentes modalidades violentas, y que la cronicidad de la violencia y la relación con el/la agresor/a pueden ser determinantes en la afectación en la salud mental. De igual manera la edad de inicio u ocurrencia de la/s experiencia/s violenta/s y el sexo de la víctima pueden jugar un papel fundamental para “empeorar” o “mejorar” la respuesta a la violencia.

Para finalizar, vale la pena reflexionar que también se requiere investigar sistemáticamente qué factores funcionan como protectores, disminuyendo la posibilidad de que niños y niñas muchas veces maltratados crónica y gravemente, desarrollen problemas posteriores de salud mental. Con este fin, habrá que ir incluyendo el concepto de resiliencia y comprendiendo por qué, en quiénes y cómo opera.

La resiliencia es conceptualizada como “la capacidad de cambiar y aprender en situaciones estresantes o desfavorables, llegando a una adaptación al medio que le permita ser funcional [a la persona] en su vida diaria (...). El motivo por el cual algunos individuos padecen de estrés postraumático luego de una situación traumática, mientras que otros no desarrollan este trastorno frente a una situación idéntica, está estrechamente vinculado al nivel de resiliencia que dispone el sujeto. Esta resiliencia está dada por la contención afectiva y los límites claros puestos a lo largo de la crianza desde la infancia.

Aquellas personas que cuentan con escasa resiliencia son las más vulnerables a padecer estrés postraumático o disociación y el pronóstico se halla íntimamente relacionado a éste" (Cerezo, 2005, p. 191).

La resiliencia y los aspectos asociados a ésta tendrán que abordarse paulatinamente para ir reconociendo factores que permitan construir verdaderas políticas y programas basadas en datos de investigación que permitan la prevención primaria y secundaria del maltrato infantil, así como la atención oportuna y especializada a los casos en diferentes etapas del desarrollo (Villatoro et al, 2006).

Factores asociados al consumo de sustancias

El intento por liberarse del dominio de los padres puede llevar a asumir una identidad negativa. Entonces el / la adolescente se niega a estudiar o a cumplir con las expectativas paterna, e incluso puede llegar a convertirse en un (a) desviado(a) o en un(a) toxicómano(a) y presentar una marcada conducta antisocial. A estos adolescentes se les asocia frecuentemente con otras conductas "problemáticas" como son delincuencia, embarazo adolescente, y mala conducta y deserción escolares. Esta última relación entre deserción escolar y consumo de drogas se encuentra documentada en la población mexicana mediante las encuestas de estudiantes realizadas por SEP-IMP, en donde se encontró que asistir a la escuela es un factor protector contra el consumo de drogas ya que en los / las jóvenes de 12 a 17 años, quienes se mantienen al margen de esta institución educativa, el porcentaje de consumo de drogas es de 3 a 5 veces más alto, en comparación con la población escolarizada. En este estudio los autores concluyen que los / las adolescentes que pasan por un proceso de desajuste social, tienden a ser consumidores(as) tanto de drogas como de alcohol. Dentro de este proceso, también aparece asociado el hecho de que el / la mejor amigo(a) haya usado algún tipo de droga distinto del alcohol y del tabaco. Es decir, los / las adolescentes cuyo(a) mejor amigo(a) ha consumido drogas, también son ellos(as) mismos(as) usuarios(as) de drogas y/o consumidores(as) de sustancias alcohólicas. Por ende, la probabilidad de que un(a) adolescente se involucre en el consumo de sustancias psicoactivas está asociada con un proceso de oposición frente a las normas sociales aprendidas durante la infancia, lo que le lleva a relacionarse con pares que exhiban la misma tendencia y esto, a su vez, incrementa la posibilidad de que el/la joven se convierta en usuario(a) de drogas y/o alcohol. Asimismo, resulta interesante hacer notar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas: se aprecia una correlación modesta, pero significativa entre situaciones de uso de drogas e ingestión de bebidas alcohólicas (Ito y Villatoro, 2002).

A medida que los jóvenes llegan a la adolescencia, muchos de ellos aprovecharán su independencia y asumirán riesgos, tal vez experimentando con drogas, alcohol o cigarrillos. Para algunos adolescentes, tomar drogas es una manera de "automedicarse". Tal vez estén deprimidos o ansiosos, tal vez vivan en un mundo en el que se sientan abandonados, abusados, con frío y hambre, o vivan con padres drogodependientes. Algunos intentarán consumir alcohol, tabaco o drogas para "no ser menos" que sus compañeros (Federación Mundial de Salud Mental, 2003).

En la actualidad se reconoce al abuso de sustancias como un problema mundial de salud pública (Belfer, 2003). En el último siglo, muchos factores sociales, económicos y políticos han contribuido a la difusión mundial del abuso de sustancias (OMS, 2000); con las mejoras en tecnología, transporte y comunicaciones, ahora hay más

disponibilidad de sustancias ilegales. Además, en las sociedades occidentales especialmente, los adolescentes se ven bombardeados por anuncios de alcohol y cigarrillos. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas afecta la vida de muchos adolescentes en todas partes del mundo. El abuso de sustancias es un factor importante que contribuye a los accidentes, suicidios, violencia, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (incluidos VIH/SIDA) entre los jóvenes de muchos países (OMS, 2003b).

¿ De qué drogas abusan los adolescentes de hoy ? Aparte del alcohol y los cigarrillos, los adolescentes de hoy abusan de muchas drogas.

Los siguientes datos presentan una idea de los tipos de drogas que se consumen en el mundo (Belfer, 2003):

- Los inhalables se usan principalmente en las economías más pobres; en Brasil, 25% de los niños y adolescentes entre los 9 y los 18 años usan inhalantes.
- Khat, (produce una euforia suave) si se lo combina con otras sustancias psicoactivas, puede producir psicosis. El Khat se consume en África Oriental y en el Oriente cercano desde los 10 años de edad.
- En Nigeria la heroína ahora es barata y el patrón de uso ha cambiado, de minorías adineradas a varones jóvenes marginados y desempleados.
- Entre los jóvenes de 16-29 años en el Reino Unido se notifican tasas de 14% de uso de anfetamina y 6 % d MDMA.
- En el Líbano, 9% de los estudiantes de secundaria y universitarios han probado una sustancia ilegal (cannabis, heroína, cocaína, éxtasis). Más aún, más de 12% abusa del alcohol.

Para las comunidades, los costos del abuso sin tratar entre los adolescentes son enormes, y aparecen más adelante en diferentes partes del sistema de servicios humanos (educación, justicia juvenil y bienestar).

Datos sobre el Abuso de Sustancias entre los Adolescentes (OMS, 2003):

- Tabaco. En todo el mundo, de los 300 millones de jóvenes que fuman, 150 millones morirá por causas relacionadas con el tabaco.
- Alcohol. Cuanto más joven empiece a beber el adolescente, más probabilidades tendrá de tener problemas de alcohol en la edad adulta.
- Drogas ilícitas. Hay una tendencia entre los jóvenes a consumir drogas por inyección; en todo el mundo, 5-10 por ciento de infecciones nuevas por VIH ocurren entre los que usan agujas.
- Inhalantes. Los adolescentes tienden a usar sustancias asequibles y fáciles de conseguir.

El primer paso para involucrarse con drogas es estar ante la oportunidad de usarlas, de esta manera el uso de esta droga solo es posible dada una exposición a la oportunidad de uso de drogas. Entender el fenómeno de las oportunidades de uso de drogas ha sido importante para entender los mecanismos de transición de una etapa en el consumo de drogas a otra (Wagner y Anthony, 2002) y tiene claras implicaciones para estrategias preventivas dirigida a reducir el uso de drogas mediante la reducción de las oportunidades de uso. Además se han encontrado muchos factores relacionados al uso de drogas (género, cuidado parental, etc)

pueden estar realmente sólo relacionadas al uso de la droga en cuanto a la exposición a esta más que a la decisión de usarla una vez que la oportunidad se ha presentado (Chen et al, 2005).

Datos confiables en las oportunidades de uso de drogas en diferentes contextos culturales pueden influir para la gran variación de la prevalencia del uso de drogas en diferentes países. Durante la adolescencia las oportunidades del uso de drogas aumentan dramáticamente comparadas con la infancia. La prevalencia a través de la vida del uso de drogas ilícitas entre adolescentes de 12 a 17 años en la Ciudad de México es 5.1% para varones y 3.0% para mujeres, siendo cannabis la droga escogida. Esto es similar al estimado nacional de 4.9% para varones pero mayor que el 1.6% para mujeres. En los estados fronterizos a los Estados Unidos de Norteamérica, donde existen más rutas de tráfico de drogas, el uso se ha incrementado por encima de la media nacional (Bucardo et al. 2005). Sin embargo estos estimados son todavía menores que otros países no latinoamericanos (Medina-Mora et al., 2003). Una posible explicación para esta diferencia son las menores oportunidades de uso. Un estudio realizado en México encontró que uno de cuatro estudiantes de dos escuelas de nivel medio-superior de la Ciudad de México han estado expuestos a oportunidades de uso de drogas (Wagner et al., 2003). Estos datos tienen claras limitaciones debido a que solo 59% de los jóvenes mexicanos entre los 16 y 18 años acuden a las escuelas (Secretaría de Educación Pública, 2006) y a que los adolescentes con actividad escolar tienen menor riesgo de uso de drogas. Un estudio de estudiantes de escuelas secundarias en siete países latinoamericanos, no incluido México, estima que el 11% de los estudiantes han tenido oportunidades para el uso de drogas (Dormitzer et al., 2004). Esto se compara con el 78% de los adultos jóvenes de EU que han tenido una oportunidad para probar cannabis a la edad de 21 (Chen et al., 2005).

Un estudio realizado en la Ciudad de México arrojó los siguientes resultados: Uno de cada tres adolescentes en la Ciudad de México ha tenido la oportunidad de probar drogas ilícitas; de ellos, uno de cada seis lo ha hecho, la mayoría a la primera vez que ésta se presenta. Ser varón, adolescente de mayor edad, con abandono de escuela y padres con antecedente de problemas de drogas son factores que tienen mayor probabilidad de haber estado expuestos a oportunidades de uso de drogas, mientras que los adolescentes religiosos tuvieron menor probabilidad. Dada esta oportunidad para probar drogas, los adolescentes mayores y los que han abandonado la escuela tienen mayor probabilidad y aquellos con un alto monitoreo parental y religiosidad tiene menor probabilidad de probar. De manera interesante, los logros educativos de los padres, lo cual puede ser un aproximado del nivel socioeconómico, no está relacionado a las oportunidades de uso de drogas o la probabilidad de probarlas una vez presentada dicha oportunidad. También es de interés que la gran prevalencia de uso entre varones en México puede ser explicada por tener mayores oportunidades de uso de drogas comparadas con las mujeres. Una vez dada la oportunidad, las mujeres adolescentes mexicanas tienen la misma probabilidad de hacer el uso de la droga (Benjet et al, 2007).

Diferencias de sexo. Estos hallazgos dan luz sobre las primeras etapas del involucramiento con drogas de la juventud mexicana. Consistente con lo encontrado en otros países, mientras los hombres tiene mayor oportunidad para probar drogas, la probabilidad de hacerlo dada dicha oportunidad no difiere entre hombres y mujeres. Delva et al. (1999) así como Van Etten y Anthony (1999) han propuesto

una explicación al por qué los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de tener una oportunidad de probar drogas, debiéndose al mayor monitoreo parental hacia las mujeres que a los hombres; sin embargo, los datos de este trabajo muestran que el monitoreo parental (al menos en la población mexicana) no está relacionado a las oportunidades de uso de drogas, sino solo al uso de drogas ya dada la oportunidad, de esta manera quitando apoyo a dicha hipótesis para la población mexicana. Van Etten y Anthony (1999) también propusieron que los hombres pueden estar más relacionados en actividades recreativas o de otro tipo, con un mayor riesgo para oportunidades a exposición de drogas. Esto podría ser un tema interesante para futuros estudios debido a que las mujeres adolescentes están rápidamente cambiando sus roles tradicionales en nuestra sociedad y vida familiar, y pueden estar incrementando la probabilidad de tener actividades o estar presente donde las sustancias están más disponibles.

De manera más reciente, Storr et al. (2004) encontró que las mujeres y las adolescentes en los Estados Unidos tienen menos probabilidad de ser abordadas por alguien vendiendo drogas ilícitas en comparación con los hombres. Firestone Cruz et al. (2006) encontró que las mujeres mexicanas en dos ciudades fronterizas del norte tuvieron mayor oportunidad de obtener y usar drogas inyectables con gente que ellos conocían y en quienes confiaban en sus hogares o lugares familiares, mientras que los hombres tuvieron mayor probabilidad de obtener y usar drogas con extraños y en lugares alejados del hogar. Estas diferencias de género en dónde, cómo y con quién son obtenidas y usadas las drogas pueden contribuir a extender en hombres y restringir en mujeres las oportunidades iniciales de uso de drogas (Benjet et al, 2007).

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de Estados Unidos, la posibilidad de probar nuevas drogas, es decir, el riesgo de consumo en el adolescente es el siguiente:

1. Si un adolescente ha consumido nicotina, la posibilidad de que consuma alcohol aumenta 100 veces.
2. Si ha probado alcohol, la posibilidad de que consuma cannabis aumenta 65 veces.
3. Si ha consumido cannabis, la probabilidad de que consuma cocaína es 104 veces más alto.

Por todo lo dicho anteriormente, es muy importante la prevención del alcoholismo y la drogadicción.

La mejor vacuna para estas dos enfermedades la constituye la educación. Educar sobre las drogas y sus peligros es la mejor manera de prevenir este gravísimo problema médico-social (Elizondo, 2004).

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas es un comportamiento humano que adquiere especial importancia en la adolescencia y la juventud: la persona busca nuevas experiencias sensoriales y emocionales que, junto a factores familiares y sociales, la hacen vulnerable al consumo. El uso indebido de sustancias ilícitas entre adolescentes y jóvenes constituye un problema de salud pública. Conocer las características aporta información fundamental para prevenir el aumento del problema en los próximos años. La Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 destaca que, en todo el país, 215,634 adolescentes entre los 12 y 17 años han usado drogas; la edad de inicio es a los 14 años. La primera droga de uso, sin considerar el alcohol ni el tabaco, es la marihuana,

seguida de los inhalables y, en tercer lugar, la cocaína. En el análisis por sexo, se observa que entre los adolescentes varones la marihuana (2.07%) ocupa el primer lugar, y los inhalables (0.43%) el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes (0.36% y 0.17%), en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar. En las mujeres, la marihuana ocupa el primer lugar (0.19%), seguida por la cocaína y los estimulantes (= .08% c/u), y los inhalables (0.7%) (Ortiz et al, 2005).

Nicotina

Probablemente una de las sustancias que menos se estudia en las investigaciones sobre adicciones es la nicotina, sustancia activa del tabaco. En algunos instrumentos que específicamente evalúan adicciones, ni siquiera se menciona, a pesar de lo que se sabe respecto a sus efectos sobre la salud. Se sabe que los procesos farmacológicos y conductuales que determinan dicha adicción son similares a los que determinan la adicción a otras drogas como la cocaína y la heroína. El principal efecto adverso del tabaquismo es la muerte. Las causas de muerte incluyen bronquitis crónica y enfisema, cáncer broncogénico, 35 % de los infartos fatales del miocardio, enfermedad cerebrovascular y casi todos los tipos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de cáncer de pulmón. La dependencia a la nicotina se puede presentar a cualquier edad, aunque generalmente comienza en la adolescencia y se produce en unos cuantos meses o en pocos años.

En las investigaciones sobre el consumo de drogas entre adolescentes realizadas en el Distrito Federal, mediciones 1989, 1991 y 1993 (Rojas et al; cit por Lara et al 2006), se observó que el consumo de tabaco se ha incrementado ligera aunque sistemáticamente, de 44.8% a 48.2%. En cuanto al consumo actual (en el último mes) el porcentaje de usuarios es de 21.9%: a nivel secundaria es de 13.7% y a nivel bachillerato de 34.4%. El porcentaje de fumadores es ligeramente mayor en las familias en las que el jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor, que en aquéllas en las que la escolaridad de éste es menor. También se consideran como factores de riesgo los padres o hermanos que fuman y el tabaquismo de los amigos, circunstancia que subraya el factor social.

En el sector educativo se han llevado a cabo estudios que indican cómo el riesgo de experimentar con drogas se incrementa si el menor fuma o abusa del alcohol, de ahí la importancia de incluir en los programas de prevención acciones encaminadas a evitar el abuso de estas sustancias y sus riesgos asociados (Villatoro, 1999; cit por Lara et al 2006).

Desde 1974 en la Ciudad de México, con la finalidad de monitorear el consumo de drogas, alcohol y tabaco en la población de estudiantes de nivel medio y medio superior, se han realizado investigaciones, con intervalos de 2 a 3 años, sobre las tendencias y la evolución de la edad de inicio. Estas investigaciones se han llevado a cabo por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Tendencias del consumo de tabaco

Conforme ha pasado el tiempo, se observa que la diferencia entre el consumo de tabaco que presentan la población masculina y la femenina es cada vez menor. Para el año 2000, el porcentaje de fumadores de ambos sexos es muy similar: 52.5 para los hombres y 48.9 para las mujeres. En la población femenina el porcentaje de consumo de tabaco aumentó en casi 10% de 1989 a 2000.

En la última medición, realizada en el otoño de 2000, se encontró una experimentación amplia con el tabaco: más de 50% de la población estudiada lo ha

consumido y casi 80% de los estudiantes de 17 años de edad. Asimismo, se determinó que la venta de cajetillas de cigarros y de cigarros sueltos a menores de edad es una práctica frecuente y que la percepción de riesgo asociada al tabaco es menor (1 de cada 2 adolescentes considera que el consumo de tabaco es peligroso) que la reportada para otras drogas (3 de cada 4).

El consumo de tabaco es muy similar entre hombres y mujeres; la experimentación con la sustancias (uso alguna vez) afecta a 50% de estos adolescentes, en tanto que en aquellos que han fumado 100 o más cigarrillos corresponde a 15.8% de los hombres y a 9.3% de las mujeres.

En otros estudios con poblaciones de adolescentes, realizados en el interior de la República Mexicana, se observó que las tendencias de consumo son muy similares, aunque en ellos se muestra que el consumo de tabaco en la población masculina es aún mayor que en la femenina.

Además, la edad de inicio en el consumo de tabaco ha disminuido. Para 1989 sólo una cuarta parte de los fumadores iniciaba a los 12 años de edad o menos, mientras que para 2000 ya casi la mitad de los fumadores había iniciado a esta edad. Este aspecto es relevante, ya que se ha observado que entre más temprano se inicie el consumo del tabaco, las probabilidades de experimentar con otras drogas (principalmente cannabis y cocaína) son mayores. Aproximadamente, la cuarta parte de aquellos adolescentes que han consumido tabaco antes de los 12 años de edad, manifiestan llegar a consumir alguna otra sustancia psicoactiva (sin incluir el alcohol).

Factores asociados al consumo de tabaco

Uno de los factores importantes que se relacionan con el consumo de tabaco es el riesgo que se percibe si se consumiera la sustancia. Para el año 2000 se determinó que consumir cinco o más cigarrillos al día sólo es percibido como muy peligroso por casi la mitad de la población estudiada y que consumir una cajetilla o más al día se percibe como muy peligroso por casi las tres cuartas partes de la población. El hecho de percibir como no peligroso el fumar cinco o más cigarrillos por día es un aspecto que se asocia con presentar la conducta de fumador.

Otro aspecto importante es el que se refiere a la disponibilidad del tabaco. Los adolescentes señalan que los cigarros los consiguen principalmente en la tienda, en menor medida fuera de la escuela, y que en casa, con permiso, y dentro de la escuela son opciones con un menor porcentaje de ocurrencia.

También se determinó que los principales predictores sociodemográficos para el consumo de tabaco son: ser hombre, tener más edad y encontrarse trabajando y además estudiar. En el área familiar, la ausencia del papá y la falta de comunicación en la familia son factores que incrementan el riesgo de consumir tabaco.

En cuanto a las variables interpersonales se encontró que cuando el mejor amigo, los maestros y el padre son tolerantes ante el consumo de tabaco es posible predecir el consumo de tabaco por el adolescente.

Por último, se encontró que existe una asociación entre el consumo de tabaco y los niveles altos de estrés presentados por el alumno y/o la falta de aceptación social que el alumno experimenta al interactuar con los demás.

En términos generales, se puede observar que el consumo de tabaco es alto entre los adolescentes de secundaria y bachillerato del Ciudad de México (1 de cada 2 estudiantes lo han probado), aunque parece haber una ligera tendencia a la baja, que debe ser explotada ampliamente para identificar los factores que favorecen su disminución.

Llaman la atención el aumento, en los últimos años, del porcentaje de mujeres que consumen tabaco, pues actualmente es casi similar al de los hombres. Al ver esto en

relación con otras ciudades o estados de México (Querétaro, Ciudad Guzmán o Tamaulipas) se observa que a pesar de que los niveles de consumo de tabaco en esta población también son altos, la diferencia entre el consumo que presenta la población masculina respecto a la femenina aún permanece en estas ciudades. Estos datos deben ser considerados seriamente para el desarrollo de mejores estrategias de prevención dirigidas específicamente a las mujeres, quienes se han convertido en un grupo de alto riesgo.

Las estrategias deben dirigirse también de manera específica a la población escolar, con la finalidad de evitar el inicio del consumo de tabaco a edades tempranas como los 12 años o menos, pues se ha demostrado que un inicio temprano incrementa altamente las posibilidades de iniciar, además, el consumo de otras sustancias adictivas como lo son la cannabis y la cocaína.

Los resultados de este estudio muestran que el consumo de tabaco se ve como poco peligroso tanto por los hombres como por las mujeres adolescentes, lo cual es un factor importante que facilita el que se vuelvan fumadores. Es bien sabido que tanto el tabaco como el alcohol son vistos por la mayoría de la población como drogas “no peligrosas” y se tiene una mayor tolerancia ante el consumo de ellas, por lo que las diversas acciones de prevención deben de incluir también a los adultos (familiares y maestros) que rodean al adolescente, con el objeto de lograr incrementar la percepción del riesgo y de disminuir la tolerancia ante su consumo. De la misma manera, la venta de cigarrillos a menores está siendo una medida que no se lleva a cabo, por lo que es necesario reforzar los mecanismos que impidan la venta a menores y, en los casos que corresponda, dar autoridad a las escuelas para que, en forma directa, no permitan la venta de cigarros en los puestos y tiendas que se encuentran a sus alrededores (Villatoro et al, 2005)

Factores asociados al consumo de sustancias

El aumento en el consumo de drogas se relaciona con el crecimiento acelerado de las ciudades, los movimientos migratorios, la pérdida de la identidad, el desempleo, la falta de oportunidades laborales y escolares para los jóvenes y la búsqueda de sentido a las rápidas transformaciones de la sociedad.

Algunos adolescentes tienen una baja percepción de los riesgos del uso de drogas, ya que piensan que éstas no dañan su salud ni causan problemas con la ley, la familia o la escuela. La existencia de actitudes y valores que alientan el consumo de drogas entre los jóvenes, a través de campañas publicitarias para lograr una venta masiva de tabaco y alcohol, han generado una mayor aceptación social y tolerancia hacia las sustancias psicoactivas en general.

Estudios realizados en México han identificado como factores asociados el uso de bebidas alcohólicas y tabaco, ser hombre, el consumo de drogas por parte de miembros de la familia, un débil apoyo y control familiar, la exposición a hechos como el divorcio de los padres y la muerte de personas significativas, la depresión, la dificultad para el manejo de afectos, el abandono o suspensión de estudios, la tolerancia social ante el consumo y la disponibilidad de sustancias. Estudios llevados a cabo en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) indican que el uso de sustancias se asocia también con la pertenencia a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, una baja adherencia escolar, un uso inadecuado del tiempo libre y trastornos afectivos y psicológicos, entre los que sobresalen la depresión y la ansiedad (Arellanez-Hernández et al, 2004).

Influencia genética

Las influencias genéticas juegan un rol en el uso adolescente del alcohol, cigarro y cannabis (Rhee, et al, 2003; McGue, et al, 2000). Estudios sobre la etiología del uso y abuso de sustancias que no tomen en cuenta las influencias genéticas presentarían un cuadro incompleto. Varios estudios recientes han investigado la etiología subyacente tanto de la iniciación como de la progresión del uso de tabaco, alcohol y cannabis en la adolescencia. Consistente con hallazgos en adultos, la mayoría de los estudios encontraron que el ambiente común juega un rol importante en el inicio del uso de sustancias y mayor influencia genética en el uso fuerte/problemático (Rhee, et al, 2003; McGue, et al, 2000; Koopmans, et al, 1999; y Viken, et al, 1999). Sin embargo, algunos estudios reportaron mayores influencias genéticas en la iniciación, dependiente del tipo de sustancia investigada y el género. A la fecha, estudios de gemelos del uso adolescente de sustancias ha tratado la iniciación y progresión como constructos independientes. Poco se conoce acerca de la relación subyacente entre iniciación y progresión del uso de sustancias y de la etiología específica a la progresión en este grupo de edad (Fowler, et al, 2007).

Factores de riesgo de la conducta adictiva

Los factores de riesgo de la conducta adictiva son aquellos que contribuyen a incrementar el riesgo de desarrollar el problema de consumo y los factores de protección son los que contribuyen a la prevención del consumo de sustancias nocivas. Las variables que se describen en los siguientes párrafos son probabilísticas y no deterministas.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), describe que los factores protectores y de riesgo incluyen características psicológicas, conductuales, familiares y sociales. Cada uno de estos factores tienen un diferente impacto dependiendo de la fase de desarrollo, por lo que aquellos factores que afecten en una edad temprana de desarrollo son probablemente los más cruciales (NIDA, 1993).

Factores de riesgo de origen biológico: el reforzamiento del consumo de alcohol debe su acción a nivel del SNC, lo que puede llevar a presentar la llamada "neuroadaptación", que corresponde a la tolerancia celular o farmacodinámica – condición que se refiere a cambios neuroquímicos complejos en la membrana celular con una subsecuente alteración en el fluido iónico, por lo cual, el cerebro requiere de la sustancia adictiva para funcionar apropiadamente. Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno.

Factores de riesgo en la comunidad: nuestra sociedad es permisiva con el alcohol pues entrelaza los eventos sociales con su consumo, la intensa exposición al consumo de drogas en los medios de comunicación, así como la disponibilidad de las bebidas etílicas juegan un rol importante para el inicio del consumo de las sustancias ilegales así como la existencia de un mayor acceso a las drogas ilegales. El machismo prevaleciente en nuestra sociedad es otro factor psicológico de base cultural que posee mucha relevancia en los patrones de consumo de nuestro medio, el elevado promedio de mudanzas (migración), el escaso sentido de vecindario o comunidad, la pobreza, las dificultades para conseguir empleo, las viviendas

deficientes y la elevada tasa de crímenes en el vecindario o comunidad son factores que pueden potenciar el uso de drogas.

Aspecto adicional a considerar es el vínculo con amistades malsanas con tendencias antisociales, donde la presión de grupo ya sea en contextos sociales, laborales o académicos son muchas veces las que precipitan el desarrollo de consumos excesivos y finalmente, la dependencia.

Factores de riesgo en la familia: Son muchas las causas y los factores que intervienen para que una persona se decida a pertenecer en el mundo de las drogas, sin embargo, un factor determinante es la desintegración familiar, en donde predomina la falta de comunicación, de una guía, orientación y apoyo por parte de los padres hacia los hijos, constante conflictos entre los miembros de la familia, irresponsabilidad, abandono, desinterés, o maltrato. La familia constituye el marco de referencia y pertenecía del individuo, así como la base de su reconocimiento social.

Para que la familia contribuya al desarrollo de las capacidades intelectuales y emocionales es necesario que brinde las condiciones adecuadas de cariño, seguridad y comprensión. La estabilidad psicológica del individuo y la sociedad depende psicológicamente del individuo y el de la sociedad, y en gran medida del tipo de relaciones afectivas que se tenga en el grupo familiar.

Podemos decir que si para los mayores son muy importantes las relaciones afectivas para los menores lo son mucho más pues los niños requieren que se les proporcione afecto

Factores de riesgo en la escuela: el fracaso académico, el fracaso del sistema escolar para cumplir las necesidades de los estudiantes, actitudes negativas respecto a la escuela, a la asistencia a clases y al aprendizaje, conductas inapropiadas en la escuela tales como ser un niño excesivamente tímido o agresivo y la deserción escolar.

Factores sociales: Los factores sociales que determinan e influyen para la aparición del fenómeno van. desde aspectos económicos, que actualmente han generado desempleo, subempleo, niveles de vida sumamente bajos, miseria, marginación, etc., pero además esto, se entrelaza con aspectos culturales estilos de vida, política, etc., en donde encontramos una sociedad con problemas de tráfico de drogas y fármacos, disponibilidad y manipulación de medios masivos de comunicación, falta de información y preparación sobre el uso y abuso de drogas, aumentándose de esta manera los factores de riesgo para el consumo de drogas.

Factores de riesgo individuales: pueden ir desde la baja percepción de riesgo del consumo de drogas a la rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales, la indisciplina, la impulsividad y/o agresividad; el sentirse incapacitado para lograr éxito, tener amigos con problemas de conducta, incluyendo la delincuencia y el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Formar parte de actividades violentas, actividad sexual y problemas de conducta a temprana edad. Déficit o excesos en las habilidades sociales o dificultad para manejar emociones negativas.

Otras variables que pueden influir significativamente son los trastornos de personalidad (personalidad dependiente, personalidad evitante, personalidad

antisocial, personalidad histriónica), trastornos de conducta, condiciones psicológicas y psiquiátricas como la depresión y la ansiedad.

Además, el estrés es una de las condiciones más frecuentes con las que una persona se enfrenta en el diario vivir, generando múltiples problemas o presiones (personales, familiares, económicos, etc.) que pueden inducir al sujeto a consumir alcohol u otras drogas como una forma de aplacar la angustia, la tensión y, para otros puede servir como una forma de olvidar la realidad. Entre más restringido sea su repertorio de estrategias de resolución o afrontamiento, más se le facilitará el consumo, mientras que un repertorio más amplio se ha vinculado con mejores niveles de salud mental (Glyshaw et al, 1989; Reese, 1991; Cauce, Hannan, Sargeant, 1992; citados por Córdova Alcaráz, 2000).

Los períodos más vulnerables para el uso de drogas, son los de transición, es decir, a los procesos del desarrollo donde se pasa de una etapa a la otra, o cuando experimentan dificultades en sus cambios de vida, como el cambio de residencia o radicación, el divorcio de los padres, períodos de transición escolar (de primaria a secundaria, de secundaria a universidad) el matrimonio, el inicio de un nuevo empleo. Estas son situaciones ante las cuales el sujeto se encuentra expuesto al uso de sustancias debido a que se enfrenta a nuevos retos sociales, psicológicos y educativos que provocan estrés y si dicho estrés no es manejado adecuadamente, puede provocar el uso o el abuso de alguna droga.

Dentro de los Centros de Integración juvenil se realizó una investigación de detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. Fue un estudio comparativo entre dos grupos; el primero es el grupo de consumidores de sustancias ilícitas el segundo no consumidores de sustancias ilícitas. Las variables investigadas fueron la violencia doméstica, en la cual encontraron que se presenta más frecuentemente en el grupo de consumidores de sustancias ilícitas (70%), esta fue la variable con mayor asociación. Otra variable significativa es el abuso sexual, dicha variable solo se presentó en el grupo de consumidores. En la variable de dificultades escolares, como reprobar materias, se encontró un mayor puntaje en el grupo de consumidores pero no se relaciona con problemas de aprendizaje, sino con problemas de conducta y rebeldía, y desadaptación al ambiente escolar. La variable abuso de alcohol y/o uso de drogas ilícitas en uno o ambos padres y/o hermanos mayores no muestra diferencias en ambos grupo de consumidores y no consumidores; la diferencia reside en que el grupo de consumidores percibe dicho consumo por parte de los padres como un problema y el grupo de los no consumidores lo considera normal. La presencia de dos a tres variables fue más frecuente en el grupo de consumidores, lo que quiere decir que la predisposición al consumo de sustancias es una combinación de variables (Sánchez Huesca, Guisa Cruz, Ortiz Encinas, De León Pantoja, 2002).

Factores asociados a los trastornos

Causas del abuso de sustancias en el adolescente.

La morbilidad y mortalidad durante la adolescencia es, sobre todo, resultado de determinadas conductas de riesgo. Estas conductas surgen a edades más tempranas que en generaciones anteriores y se acentúan en las etapas iniciales de la adolescencia. En la actualidad se observa que los adolescentes fuman tabaco a partir de edades muy tempranas, al igual que consumen alcohol y drogas no legales, algunos de ellos con consumos elevados de estas sustancias. En muchas ocasiones,

hábitos como los señalados no sólo permanecen durante la adolescencia, sino que se prolongan por el resto de la vida ocasionando graves consecuencias para la salud pública (Paniagua, 2001).

El abuso de drogas es un fenómeno heterogéneo que involucra diversas sustancias, patrones y causas. Un importante progreso en la investigación reciente es el enfoque de factores de riesgo y protectores y múltiples vías causales. Mientras que el consumo de drogas parece ser una función de factores sociales y de compañía, el trastorno del consumo de sustancias parece estar más relacionado con procesos biológicos y psicológicos. Los estudios de adopción proponen dos posibles vías del consumo de alcohol de los padres a su descendencia con consumo de drogas: el primero de ellos es el alcoholismo en los padres biológicos que predice el trastorno de consumo de sustancias en su descendencia, y el otro en el que la descendencia de padres biológicos con trastorno de personalidad antisocial demuestran mayores rangos de agresión, trastorno de conducta al abuso y dependencia de drogas. Los trastornos psiquiátricos en los padres adoptivos se relacionaron con problemas de trastorno y abuso de sustancias en la adolescencia. Los niños de alto riesgo constantemente demuestran algunas características que quizá tengan un sustrato biológico e influencia indirecta de riesgo. Las investigaciones recientes siguen iluminando las clasificaciones de factores familiares que median la vulnerabilidad del abuso de drogas. En particular, la unión concordante (parejas no hechas al azar entre los padres) de padres abusadores de drogas es común y de un alto riesgo para el abuso de sustancias en la descendencia. La psicopatología parental (por ejemplo la depresión y la ansiedad maternas) también se han vinculado. Los jóvenes con abuso físico es más probable que tengan conductas que comprometan su salud, incluido el tabaquismo, el consumo de sustancias y las conductas sexuales riesgosas. Estas podrían explicar por qué el abuso físico y la negligencia se han vinculado con la paternidad en los adolescentes.

También tienen mayor riesgo de diagnósticos psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia, incluidos los trastornos: depresivos, de ansiedad, de conducta, oposicionista desafiante, TDAH y consumo de sustancias (Kaplan, et al, 1999). La negligencia emocional ha recibido menos atención, pero el rechazo emocional percibido de los padres se ha relacionado con adolescencia pobre y consecuencias en jóvenes adultos en al menos dos áreas: abuso de sustancias (Campo, et al, 1992) y delincuencia (Simons, et al 1998). La influencia de los compañeros parece ser menos significativa que lo que previamente se pensó para predecir el consumo y abuso de drogas. Los factores de riesgo interactúan dinámicamente con los factores protectores. Entre éstos se incluyen: la inteligencia, la habilidad para resolver problemas, la facilidad social, la autoestima positiva, las relaciones familiares positivas, los modelos positivos, y la regulación de su afecto (Weinberg, et al, 1998).

Influencia de las relaciones familiares.

La importancia de la influencia parental y, sobre todo, el consumo de drogas de los propios padres ha tenido un inicio reciente en la literatura. El significado de la familia no puede subestimarse. La actual generación de adolescentes podría ser la primera cuyos padres crecieron durante los decenios de 1960 y 1970, tiempo durante el cual los límites de consumo de drogas ilícitas se incrementaron. Los padres de los adolescentes actuales podrían ser los primeros en proveer modelos e incitar al consumo de sustancias como la cannabis. En algunos estudios se ha encontrado que el estado de padre soltero es un factor de riesgo para el consumo de sustancias en el adolescente. Estos resultados provienen de estudios transversales y

longitudinales. Burnside, Baer, McLaughlin y Pokorny (1984) (cit en Valdez, 2004) también encontraron niveles más altos de consumo de alcohol en adolescentes y sus padres en familias afectadas y una relación significativa entre el consumo de alcohol de los padres y el de los adolescentes. Cuando estos provienen de hogares con un solo padre pueden estar en riesgo por múltiples razones. El estado socioeconómico de los padres solteros tiende a ser bajo, y los apuros económicos y la baja educación se han relacionado como factores de riesgo. Quizá los adolescentes tengan mayor susceptibilidad a las presiones de sus compañeros para conductas desviadas porque para los padres solteros puede ser más difícil vigilar sus conductas. La vigilancia es un componente crítico de conducta parental afectiva que reduce la tendencia de los problemas de conducta de los adolescentes en el contexto de los grupos de compañeros disfuncionales.

Las relaciones familiares positivas se han considerado importantes para el desarrollo saludable. Las relaciones familiares pobres eran factores de riesgo para la transición en mujeres al consumo de alcohol y cigarrillos, y para la transición de los varones del consumo de cannabis a drogas fuertes.

En los adolescentes con abuso de sustancias y en adolescentes deprimidos se han identificado deficiencias en los procesos cognoscitivos y en sus familias (Curry et al, 1999).

Comparados con otros adolescentes, los consumidores de sustancias tienen menos control de impulsos, habilidades pobres para resolver problemas, regulación afectiva pobre y habilidades de aserción, y más expectativas positivas hacia los efectos de las drogas o del alcohol (Weinberg et al, 1998). Sus padres tienen dificultad para vigilar las actividades del adolescente y para ejercer disciplina efectiva (Dishion et al, 1999). Los adolescentes deprimidos muestran distorsiones cognoscitivas y limitada participación en actividades placenteras. En los adolescentes, las críticas severas de los padres se relacionan con depresión y abuso de sustancias (Schwartz et al, 1990). 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 frecuencia ha sido un ámbito de intervención de segunda clase en el que su potencial preventivo ha estado subordinado, como complemento o apoyo, a otro tipo de actuaciones preventivas (Acero, 1997).

Se sabe que una importante fuente de factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas provienen del ámbito familiar (Kumpfer et al, 1998) y, también, que los padres ejercen una influencia duradera sobre los varones, actitudes y creencias de sus hijos.

Si bien es cierto que a lo largo del desarrollo evolutivo los hijos van dependiendo cada vez menos de la familia y más de los amigos y compañeros para obtener soporte social y emocional, y para desarrollar normas y expectativas de conductas adecuadas, también lo es que los padres juegan un importante papel en la selección del grupo de iguales con el que se relacionan sus hijos. Los niños tienden a elegir compañeros que proceden de familias con valores similares a aquellos que tienen sus padres y su familia. Las áreas en las que suelen ejercer mayor influencia los amigos y los compañeros son las relacionadas con la moda, el argot, y las actividades en las que se implican, mientras que los padres ejercen una influencia duradera sobre los valores, actitudes y creencias de sus hijos y sobre las decisiones que pueden tener efectos a largo plazo (Bry et al, 1998). La existencia de factores de protección en el ámbito familiar como: convencionalismo, equilibrio, ajuste

materno y fuertes vínculos de apego en la familia, puede compensar el riesgo que afecta a los hijos cuando se relacionan con amigos y compañeros que consumen drogas (Brook, 1990).

Aunque las conductas parentales no son las únicas causas de psicopatología, los padres pueden reforzar y exacerbar las alteraciones de conducta en sus hijos a través de sus interacciones maladaptativas. Características parentales dañinas como la disciplina inconstante, el abuso físico, las críticas excesivas, la hostilidad, la indiferencia de la escuela, y la falta de estimulación están todas correlacionadas con problemas de conducta en los niños (Valdez, 2004).

RELACIÓN DE ABUSO, COMORBILIDAD Y SUSTANCIAS

Comorbilidad.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos son comunes entre los adolescentes con trastornos por uso de sustancias. Los adolescentes quienes tienen una historia de trastornos de ansiedad y depresivos han mostrado el doble de riesgo para desarrollar posteriormente uso de sustancias (Christie et al, 1988). Además, los individuos con inicio de uso de sustancias durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos así como intento suicida que aquellos que tienen un posterior inicio del uso de sustancias (Deas, 2006).

Relación de los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias.

Estudios han revelado altas tasas de trastornos de ánimo y conducta entre los adolescentes con trastornos por uso de sustancias (Kandel et al, 1999). Los trastornos de conducta con uso de sustancias pueden ser asociados con peor pronóstico y resultado del tratamiento. Kaminer y Burleson (1999) mostraron que entre los adolescentes que usaban sustancias y que buscaban tratamiento, aquellos con un trastorno afectivo o adaptativo tenían un mejor pronóstico para completar el tratamiento que aquellos con un problema de conducta como el trastorno disocial.

Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con uso de sustancias.

Estudios en la Unión Americana demuestran que los adolescentes con un trastorno de uso de sustancias tuvieron mayor probabilidad de reportar una historia de abuso psicológico, físico y/o sexual. (Cohen y Densen-Gerber, 1982; Harrison et al, 1989; Resnick et al, 1993; Grice et al, 1995).

Trastornos comórbidos.

La comorbilidad es muy común entre individuos con trastornos por uso de sustancias y frecuentemente es difícil de distinguir cual apareció primero, si el trastorno psiquiátrico o el uso de sustancias.

- Depresión. Entre los adolescentes, la depresión comúnmente coexiste con el trastorno por uso de sustancias. Arriba del 35 % de los adolescentes deprimidos desarrollan trastorno por uso de sustancias (Rao et al, 1999). Además, la distimia es tan prevalente como la depresión mayor en adolescentes, y como sucede con los adultos, la depresión secundaria es probable que no remita hasta después del tratamiento por uso de

sustancias. Los trastornos por uso de sustancias comórbidos con depresión contribuyen a tasas incrementadas de suicidio adolescente. Además, los adolescentes que intentan suicidio tienen mayor probabilidad de tener situaciones estresantes psicosociales de separación interpersonal reciente y una historia de disfunción familiar.

- Trastornos de ansiedad. Como la depresión comúnmente coexisten en los adolescentes con trastornos por uso de sustancias. Los síntomas de ansiedad usualmente preceden el inicio del consumo de sustancias en adolescentes por aproximadamente dos años (Deas-Nesmith et al, 1998). El origen de ambos trastornos puede ser doble: los adolescentes con trastornos de ansiedad pueden usar sustancias para auto-medicar su trastorno de ansiedad o afectivo, y los adolescentes vulnerables a los trastornos de ansiedad pueden desenmascarar o causar el trastorno para convertirse clínicamente evidente a través del uso de sustancias.

- Trastorno bipolar y trastorno de conducta. El inicio del trastorno bipolar adolescente es un factor de riesgo sustancial para el uso de sustancias independientemente de si hay o no un trastorno de conducta (Wilens et al, 2004). Los adolescentes con trastorno por uso de sustancias tienen mayor probabilidad de padecer trastorno bipolar que los adolescentes sin el trastorno por uso de sustancias (Wilens et al, 1997). Los factores de riesgo asociados al trastorno bipolar comórbido con uso de sustancias incluyen edad temprana de inicio del trastorno bipolar, sexo masculino, historia familiar de uso de sustancias y presencia de manía (Tohen et al, 1998). La prevalencia del trastorno de conducta más trastorno por uso de sustancias entre los adolescentes ha sido encontrado aproximadamente en 60% (Armstrong y Costello, 2002). Tener un trastorno de conducta de inicio temprano o delincuencia juvenil predisponen fuertemente a desarrollar un trastorno por uso de sustancias (Crowley et al, 2001). Entre los adolescentes, el trastorno de conducta usualmente precede el desarrollo del trastorno por uso de sustancias.

Los delincuentes juveniles con un trastorno por uso de sustancias tienen mayor psicopatología adicional que los delincuentes juveniles sin trastorno por uso de sustancias (Milin et al, 1991). Las adolescentes mujeres con TC tienen un peor curso del trastorno por uso de sustancias que los varones, así como un progreso más rápido al uso de sustancias (Mezzich et al, 1994).

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El TDAH es frecuentemente asociado al uso de sustancias, pero determinar si es el TDAH por si mismo o su tratamiento farmacológico el que predispone a un individuo al uso de sustancias, es una pregunta que continua siendo motivo de investigación. Un estudio de trastornos de uso de alcohol y sustancias por Biederman et al (1997) encontró que los adolescentes con y sin TDAH desarrollaron trastornos por uso de alcohol o sustancias en la misma proporción, sugiriendo que el TDAH solo no predispone a un trastorno por sustancias. El estudio encontró que el uso de sustancias se predecía por la presencia de un trastorno de conducta y de trastorno bipolar. Además, Wilens et al (2003) encontró que el TDAH no predice uso de sustancias; sin embargo, un adolescente con TDAH sin medicación óptima tenía mayor probabilidad para abusar de sustancias, lo que subraya la necesidad de tratar a los pacientes con TDAH hasta la completa remisión.

Evolución. La presencia de un trastorno por uso de sustancias tiene un efecto sustancial en la psicopatología. La comorbilidad mixta (p. ej. la presencia de trastornos internalizados y externalizados) ha sido asociada con altos niveles de problemas relacionados con abuso de sustancias y peor pronóstico, y la psicopatología en niños y adolescentes, particularmente los trastornos de conducta, han sido asociados con una edad temprana de inicio del uso de sustancias (Armstrong y Costello, 2002). Kaminer y Burlison et al (1999)

encontraron que los adolescentes con un trastorno internalizado tuvieron mayor probabilidad de completar el tratamiento que los adolescentes con un trastorno externalizado.

JUSTIFICACIÓN

Debido a todo lo mencionado sobre el consumo de tabaco, el inicio de patologías a temprana edad y sus repercusiones en la salud, sería de utilidad conocer en una población clínica de adolescentes la edad del inicio de consumo de sustancias y hacer la relación con la psicopatología presente con la finalidad de detectar la problemática y los disparadores asociados actuales en una sección de la población Mexicana para así evaluarla desde distintos ángulos y poder, posteriormente, elaborar nuevos programas de prevención de consumo de sustancias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se mencionó, una de las edades más vulnerables para el inicio del consumo de sustancias es la adolescencia. En México, todas las drogas, tanto las legales como las ilegales se encuentran ampliamente disponibles. Si a esto le sumamos que se encuentran en un importante período de crecimiento y desarrollo donde la relación con sus coetáneos y la búsqueda del contacto íntimo con otros es la actividad rectora; esta característica a su vez, hace que sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás. También por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros; ocultar sentimientos de depresión y soledad. Del mismo modo, muchos de ellos carecen de supervisión por parte de un adulto y desean remediarlo juntándose con sus amigos. Pero aun así; continúan aburridos y pasan horas viendo televisión, videos musicales o navegando en la red en busca de emociones. Es aquí en donde entran con facilidad el tabaco, las drogas y las bebidas. Aunado a estas características intrínsecas de la adolescencia, se encuentra una alta incidencia de inicio de patologías en esta etapa, lo cual agrava la situación en cuanto al inicio de consumo de sustancias. Considerando que el tabaco es uno de los principales factores de mortalidad en la sociedad occidental y es el principal causante de cáncer y enfisema pulmonar y otras enfermedades asociadas (como el cáncer de lengua, de faringe, constantes problemas respiratorios, descalcificación de huesos) es de alarmarse por el inicio del consumo de esta sustancia en la población adolescente. Por tanto, en el presente estudio se plantea la posibilidad de que existan factores asociados con el inicio de consumo de tabaco y otras sustancias en adolescentes.

OBJETIVOS

La presente investigación tiene la finalidad de determinar los factores de riesgo individuales, de los jóvenes asociados al inicio de consumo de sustancias en una población clínica adolescente.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Conocer la magnitud del hábito tabáquico en los adolescentes en estudio.
2. Reconocer los factores de riesgo del tabaquismo existentes en la población en estudio, así como el consumo agregado de otras sustancias.
3. Determinar el perfil del adolescente fumador y su asociación con factores de riesgo.
4. Determinar la patología predominante en la población adolescente en estudio.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo descriptiva, analítica y cuantitativa en la que se realiza una entrevista inicial apoyada por el instrumento BPRS C (versión México). Posteriormente, se recabaron más datos por medio de la aplicación de un cuestionario autoaplicable sobre el hábito de fumar (CHF). Dichos datos se analizaron estadísticamente para obtener la relación entre los mismos y así poder realizar la descripción y análisis de la población en estudio.

Criterios de Inclusión

- a) Ser paciente (ambos sexos) de la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Consulta Externa) durante el período de Enero de 2005 a Septiembre de 2007.
- b) Tener una edad de 13 a 19 años.
- c) Aceptar participar en el estudio, previa información del mismo.

Criterios de Exclusión

- a) Tener alguna deficiencia cognitiva incapacitante
- b) No saber leer ni escribir.

Procedimiento

- a) Ubicación espacio-temporal. El estudio se realizó en la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en la Ciudad de México. Se captó a los pacientes adolescentes de 13 a 19 años de edad de ambos sexos que acudieron a Consulta Externa durante el periodo de Enero de 2005 a Septiembre de 2007, los cuales una vez ingresados en la clínica, fueron evaluados por médicos psiquiatras de adolescentes o de niños y adolescentes, certificados o re-certificados, con al menos 10 años de experiencia en el área de la salud mental pediátrica.
- b) Procedimiento para la recolección de la información. La evaluación inicial de cada paciente se dio dentro del procedimiento interno de la clínica, siempre apoyada por el instrumento BPRS C (versión México), el cual apoyó el juicio clínico y permitió tener una evaluación completa del estado psicopatológico en ese momento de los adolescentes desde una perspectiva categórica (criterios DSM IV TR) y dimensional (Factores del BPRS C). Además dicha evaluación se dio dentro del sistema de multi-informantes, obteniéndose en última instancia el mejor estimado clínico por parte del evaluador. La

recolección de los datos acerca del consumo de tabaco se realizó por medio de la aplicación de un cuestionario autoaplicable sobre el hábito de fumar (CHF) la cual se llevó a cabo en el periodo de mayo a septiembre del 2007, previo consentimiento informado, a los pacientes que acudieron al servicio de Consulta Externa.

Variables

1. Psicopatología.

Conceptualizada como la presencia de síntomas psiquiátricos.

Variable categórica determinada a través de la entrevista clínica basada en el DSM IV-TR.

a) Factor Conducta

Se refiere a la presencia recurrente de actos distorsionados, destructivos y de carácter negativo, transgresores de las normas sociales, en el comportamiento del individuo.

Variable intervalar obtenida de la puntuación de la dimensión correspondiente en el BPRS.

b) Factor Depresión

Hace referencia a un conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva, disminuyendo o limitando la actividad vital cotidiana.

Variable intervalar obtenida de la puntuación de la dimensión correspondiente en el BPRS.

c) Factor Ansiedad

Síntomas que indiquen la presencia de tensión, nerviosismo, inquietud, preocupación excesiva, fobias, obsesiones y compulsiones.

Variable intervalar obtenida de la puntuación de la dimensión correspondiente en el BPRS.

d) Factor Manía

Síntomas que indiquen una elevación anormal del estado anímico.

Variable intervalar obtenida de la puntuación de la dimensión correspondiente en el BPRS.

e) Factor Psicosis

Síntomas que indiquen una alteración de la prueba de realidad como alucinaciones e ideas delirantes.

Variable intervalar obtenida de la puntuación de la dimensión correspondiente en el BPRS.

f) Factor Misceláneo

Síntomas varios que pudieran interferir en el funcionamiento del individuo como desorientación, alteraciones del habla, estereotipias y problemas de eliminación.

Variable intervalar obtenida de la puntuación de la dimensión correspondiente en el BPRS.

2. Género.

Variable categórica empleada para diferenciar la identidad femenino de masculino, obtenida de la información brindada por los pacientes.

3. Edad de inicio de consumo

Variable intervalar obtenida por la información brindada por el paciente en el cuestionario de hábitos de fumar.

4. Abuso físico, psicológico y/o sexual.

Variable categórica que determina la presencia del uso incorrecto de otra persona para propósitos sexuales, exposición forzada de una persona a comportamientos que la perjudican psicológicamente y/o el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un menor, por parte de sus padres o parientes. Determinada a través de la entrevista clínica basada en el DSM IV-TR.

5. Consumo de otras sustancias.

Variable categórica que determina la presencia del consumo de otras sustancias psicoactivas como alcohol y otras drogas. Determinada a través del Cuestionario de Hábitos de Fumar en la pregunta 25.

Instrumentos

a) *Brief Psychiatric Rating Scale – Children* (BPRS C). El BPRS C fue desarrollado para evaluar un perfil descriptivo de síntomas, y es aplicable a un amplio rango de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Ha sido usado en investigaciones, como instrumento diagnóstico en pacientes entrevistados por primera vez, para evaluar la evolución de los síntomas en pacientes hospitalizados o ambulatorios, en ensayos psicofarmacológicos y en la práctica psiquiátrica general. El BPRS C de 21 reactivos es un instrumento reconocido mundialmente que ha sido usado en México por muchos años. El BPRS C-21 fue modificado por un panel de expertos en orden de cubrir algunas áreas de psicopatología no incluidas en la versión original. En un primer intento se adicionó un reactivo para la evaluación de trastornos de la eliminación, resultando el BPRS C-22 (AACAP 2003) Después se decidió agregar 3 nuevos reactivos: hipertimia; consumo de alcohol y sustancias; y abuso físico, psicológico y sexual (BPRS C-25). La respuesta del evaluador para cada reactivo tiene cuatro opciones: ausente, leve, moderado o severo.

La versión en inglés revisada del BPRS-C (21 reactivos) fue doblemente traducida y adaptada al español. Esta versión fue modificada, añadiéndose 4 reactivos (BPRS C-25). La confiabilidad interevaluador fue de $r=0.85$. Se determinaron 5 dimensiones a partir de su análisis factorial, la denominación que se dio a los factores fue: Factor I. Conducta (reactivos 1,2,3,10,11,25); Factor II. Depresión (4,5,6,19,24); Factor III. Ansiedad (17,18); Factor IV. Manía (8,9,12,13); Factor V. Psicosis (14,15,16) y Factor VI. Misceláneo (20,21,22,23). (Ver Anexo 1). (De la Peña et al, 2005)

b) Cuestionario de Hábitos de Fumar (CHF). Este instrumento se diseñó a partir de una investigación previa, en donde se tomaron en cuenta instrumentos previamente validados y se agregaron otras preguntas propuestas por el grupo de investigación actual; para conocer la edad de inicio y el consumo de otras sustancias en la

población adolescente. Existen dos versiones una para el padre y otra para el adolescente, para fines del estudio sólo se utilizó la versión auto-aplicable para el adolescente. Consta de 27 reactivos, de los que se obtienen datos generales de los informantes y en caso de tener el hábito de fumar, varias características en torno a éste, tomando en cuenta el inicio del consumo, la frecuencia y el consumo de otras sustancias de manera general. (ver Anexo 2).

Método de análisis

Para la descripción de los datos sociodemográficos generales, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Para la asociación de las variables de estudio se utilizaron χ^2 y t de student para comparación de grupos, según sean variables categóricas o continuas respectivamente. Para correlacionar algunas variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

En el período ya mencionado (2005 a septiembre de 2007) se realizaron 771 entrevistas clínicas apoyados en el BPRS-C-25 en pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de la Adolescencia. Como parte del objetivo principal de este estudio se realizó la aplicación de un cuestionario de hábitos de fumar en una submuestra de 82 sujetos (30 mujeres y 52 hombres) que participaron a lo largo de las evaluaciones (Tabla 1). De este grupo, aceptaron haber fumado 11 mujeres y 32 hombres con una edad media de inicio de 13.64 y 13.16 años respectivamente ($t = 0.752$, $df = 41$, $p = n/s$).

Las diferencias por género en los factores del BPRS de esta submuestra se plasman en la Tabla 2. La puntuación del BPRS-C-25 promedio fue de 20.66 para las mujeres y 20.46 para los hombres.

Al comparar por género, para el factor *conducta* hubo diferencias estadísticamente significativas en los ítems 1, 2, 11 y 25, con una calificación mayor para hombres que para mujeres en estos ítems a excepción del 25, que fue mayor en las mujeres: ítem 1 *Falta de cooperación* (1.06 vs 1.59; $t = 2.65$, $df = 80$, $p = 0.009$), ítem 2: *Hostilidad* (0.96 vs 1.46; $t = 2.53$, $df = 80$, $p = 0.013$), ítem 11 *distractibilidad* (1.73 vs 2.17 $t = 2.35$, $df = 80$, $p = 0.021$) y 25 *Abuso psicológico, físico y sexual* (1.13 vs 0.73; $t = -1.717$, $df = 80$, $p = 0.09$).

Para el factor *depresión* se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems 4, 5 y 6. Las puntuaciones obtenidas en estos ítems con significancia estadística fue mayor para las mujeres: el ítem 4 *Deprimido* (1.90 vs 1.40; $t = -2.65$, $df = 80$, $p = 0.01$), el ítem 5 *Sentimientos de inferioridad* (1.26 vs 0.80; $t = -2.275$, $df = 80$, $p = 0.026$), el ítem 6 *Conducta suicida* (1.06 vs 0.48; $t = -3.765$, $df = 80$, $p = 0.0001$). Para los ítems 19 *Alteraciones del dormir* y 24 *Consumo de sustancias psicoactivas*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Para el factor *ansiedad* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sus dos ítems: 17 *Tensión* y 18 *Ansiedad*.

En el factor *manía* tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Del factor *psicosis* solo el ítem 16 *Afecto aplanado*, mostró una tendencia a la significancia (0.06 vs 0.26; $t = 1.763$, $df = 80$, $p = 0.082$) con una puntuación mayor para hombres, los ítems 14 *Lenguaje poco productivo* y 15 *Retraimiento emocional*, no.

Del factor misceláneo sólo se encontraron diferencias con significancia estadística en el ítem 25 *Abuso físico, psicológico y sexual*, y fue mayor para mujeres (1.13 vs 0.73; $t = -1.717$, $df = 80$, $p = 0.09$). No se encontraron diferencias en los ítems 20 *Desorientación*, 21 *Alteraciones del habla*, 22 *Estereotipias*, 23 *Problemas de eliminación* ni 24 *Consumo de sustancias psicoactivas*.

En cuanto a la frecuencia de trastornos psiquiátricos, podemos mencionar que cuando se comparó por género: Para los trastornos internalizados existió una diferencia para hombres en el caso del Trastorno depresivo mayor sólo mostrándose como tendencia (24 vs 30, $p=0.054$), para el Trastorno de ansiedad generalizada hubo una diferencia a favor de las mujeres (9 vs 5, $p = 0.031$); Para los trastornos externalizados, el diagnóstico de TDAH subtipo combinado y el Trastorno oposicionista desafiante fueron mas frecuentes en hombres (7 vs 31, $p= 0.002$ y 9 vs 28 $p= 0.042$). Existió una tendencia para el TDAH Hiperactivo para mujeres (4 vs 1, $p = 0.057$). Al comparar otras frecuencias de características clínicas en esta muestra, encontramos que los intentos suicidas previos se

observaron con mayor frecuencia en las mujeres, siendo estadísticamente significativa (7 vs 2 $p = 0.01$). Las crisis parciales simples se mostraron con una frecuencia ligeramente mayor en mujeres (10 vs 8 , $p = 0.09$).

De los 43 sujetos que aceptaron haber fumado, solo 2 presentaron abuso sexual, con una edad media de inicio de fumar de 10.50 años ($t = 2.329$, $df = 41$, $p = 0.025$) y 7 abuso psicológico/físico con edad media de inicio de fumar de 12.71 años ($t = 0.89$, $df = 41$, $p = n/s$).

Cuando realizamos comparaciones entre aquellos que reportaron abuso psicológico/físico contra aquellos que no, encontramos que no hubo diferencias estadísticamente significativas.

De los 82 sujetos que contestaron el cuestionario de hábitos de fumar, 10% de las mujeres ($n=3$) y 21.2% de los hombres ($n=11$) aceptaron haber probado otra droga ($\chi^2 = 1.672$, $df = 1$, $p = n/s$). De los que probaron otra droga ninguno presentó abuso sexual al momento de la evaluación ($\chi^2 = 0.641$, $df = 1$, $p = n/s$) y 4 reportaron abuso físico/psicológico ($\chi^2 = 0.882$, $df = 1$, $p = n/s$).

Para los que contestaron haber consumido otra droga, la edad media a la que lo hicieron fue de 15.67 para las mujeres y 13.27 para los hombres ($t = 2.37$, $df = 12$, $p = 0.035$). La edad media de inicio de otra droga para los 4 que reportaron abuso físico/psicológico fue de 13.75 años contra 13.80 años de los que reportaron no tener abuso ($t = 0.045$, $df = 12$, $p = n/s$). Es de resaltar que ninguno de los resultados fue significativo, excepto para la edad promedio de consumo de otra sustancia que fue menor para los hombres. Es importante señalar que muy probablemente el tamaño de la muestra pudo haber influido en la significancia estadística.

Con el objetivo de comparar el abuso físico, psicológico y sexual calificado de manera dimensional (Variable Independiente) con la pregunta del cuestionario de hábitos de fumar que dice: "¿Alguna vez has fumado?" (Variable Dependiente); se realizó un ANOVA, encontrando solamente diferencias estadísticamente significativas para el TDAH-M, siendo más reportado "sin abuso" para este diagnóstico con una $\chi^2 = 7.218$, $df = 1$, $p = 0.01$ (Tabla 3).

Por último, Se compararon los diagnósticos (sin tomar en cuenta el género) presentes en la población que contestó el cuestionario de hábitos de fumar ($n=82$), encontrando factores de riesgo estadísticamente significativo para el Trastorno desafiante y opositor ($\chi^2 = 16.14$, $df = 1$, $p = 0.000$, $RR= 2.832$, 95% CI 1.552-5.167); Trastorno de conducta ($\chi^2 = 6.216$, $df = 1$, $p = 0.012$, $RR= 2.068$, 95% CI 1.062-4.026); Trastorno obsesivo compulsivo ($\chi^2 = 5.071$, $df = 1$, $p = 0.031$, $RR= 0.481$, 0.381-0.606 95% CI); Abuso de alcohol ($\chi^2 = 4.670$, $df = 1$, $p = 0.034$, $RR= 4.216$, 0.666-26.708 95% CI) (Tabla 4). Como "*Factor Protector*" se encontró en esta población al diagnóstico de Fobia social ($\chi^2 = 7.745$, $df = 1$, $p = 0.006$, $OR= 0.478$, 0.342-0.670 95% CI).

Tablas

Tabla 1.- Datos sociodemográficos y clínicos

	Femenino n=30	Masculino n=52	t	p	Df
Edad prom (DE)	14.37 (1.35)	14.44 (1.38)	-.241	n/s	80

	Femenino n=30 (%)	Masculino n=52 (%)	χ^2 / Fisher*	p	df	RR	95% CI
TDM	24 (80)	30 (57.7)	4.210	.054	1	0.473	0.216-1.034
IS	7 (23.33)	2 (3.84)	7.394	0.01	1	0.797	0.650-0.979
Distimia	5 (16.66)	10 (19.23)	0.084	n/s	1	0.867	0.327-2.298
T adaptativo	1 (3.33)	2 (3.84)	0.14	n/s	1	0.867	0.082-9.161
TB I	1 (3.33)	0 (0)	1.755	n/s	1	0.967	0.905-1.033
TB II	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
Ciclotimia	0 (0)	2 (3.84)	1.183	n/s	1	1.04	0.985-1.098
TDAH-I	1 (3.33)	4 (7.69)	0.631	n/s	1	0.433	0.051-3.701
TDAH-H	4 (13.33)	1 (1.92)	4.326*	0.057	1	0.884	0.764-1.022
TDAH-M	7 (23.33)	31 (59.61)	13.01	0.002	1	4.85	1.76-13.34
TDO	9 (30)	28 (53.84)	4.369	0.042	1	0.557	0.305-1.017
TC	6 (20)	19 (36.53)	2.455	n/s	1	0.547	0.246-1.219
TAS	1 (3.33)	5 (9.61)	1.107	n/s	1	0.347	0.042-2.829
TAG	9 (30)	5 (9.61)	5.584	0.031	1	0.774	0.603-0.995
C ANG	2 (6.66)	1 (1.92)	1.215	n/s	1	0.952	0.859-1.055
Agorafobia	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
Fobia específica	5 (16.66)	6 (11.53)	0.431	n/s	1	0.942	0.781-1.137
Fobia social	5 (16.66)	5 (9.61)	0.883	n/s	1	0.922	0.768-1.107
T estrés agudo	1 (3.33)	0 (0)	1.755	n/s	1	0.967	0.905-1.033
T estrés post	1 (3.33)	2 (3.84)	0.733	n/s	1	1.16	0.10-13.35
TOC	1 (3.33)	4 (7.69)	0.631	n/s	1	0.433	0.051-3.701
T Ans NE	5 (16.66)	9 (17.30)	0.006	n/s	1	0.963	0.355-2.609
Tics y G T	0 (0)	2 (3.84)	1.183	n/s	1	1.040	0.985-1.098
Tricotilomanía	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
T alimentación	1 (3.33)	0 (0)	1.755	n/s	1	0.967	0.905-1.033
Abuso de OH	2 (6.66)	6 (11.53)	0.513	n/s	1	0.578	0.124-2.684
Abuso de sust	1 (3.33)	1 (1.92)	0.159	n/s	1	0.986	0.913-1.064
Abuso P/F	6 (20)	10 (19.23)	0.007	n/s	1	0.990	0.793-1.238
Abuso sexual	2 (6.66)	1 (1.92)	1.215	n/s	1	0.952	0.859-1.055
Enuresis	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.02	0.982-1.059
Encopresis	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.02	0.982-1.059
T personalidad	4 (13.33)	5 (9.61)	0.269	n/s	1	0.959	0.812-1.132
Esquizotoc	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.020	0.982-1.059
Esquizofrenia	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.020	0.982-1.059
T delirante	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
Síntomas psic	1 (3.33)	0 (0)	1.755	n/s	1	0.967	0.905-1.033
Crisis parciales	10 (33.33)	8 (15.38)	3.577	0.095	1	0.788	0.596-1.041
T explosivo int	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.020	0.982-1.059
T control imp	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.020	0.982-1.059
Retraso mental	0 (0)	2 (3.84)	1.183	n/s	1	1.040	0.985-1.098
Terrores noct	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
Sonambulismo	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
T Dismórfico C	0 (0)	1 (1.92)	0.584	n/s	1	1.020	0.982-1.059
Disfunción fam	17 (56.66)	34 (65.38)	0.615	n/s	1	0.867	0.599-1.255

Tabla 2 .- Diferencias por sexo de los items del BPRS agrupados por factores

		<i>Femenino</i> <i>n=30</i>	FACTORES <i>Masculino</i> <i>n= 52</i>			
		<i>Promedio (DE)</i>	<i>Promedio (DE)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	BPRS	20.66 (5.70)	20.46 (5.48)			
I						
CONDUCTA	1	1.06 (0.90)	1.59 (0.84)	2.65	80	0.009
	2	0.96 (0.76)	1.46 (0.89)	2.53	80	0.013
	3	1.20 (0.84)	1.42 (0.91)	1.09	80	n/s
	10	1.43 (0.85)	1.73 (0.95)	1.411	80	n/s
	11	1.73 (0.98)	2.17 (0.70)	2.35	80	0.021
	25	1.13 (1.13)	0.73 (0.95)	-1.717	80	0.09
II						
DEPRESIÓN	4	1.90 (0.75)	1.40 (0.84)	-2.65	80	0.01
	5	1.26 (0.94)	0.80 (0.84)	-2.275	80	0.026
	6	1.06 (0.82)	0.48 (0.57)	-3.765	80	0.000
	19	1.13 (0.81)	0.98 (0.82)	-0.807	80	n/s
	24	0.60 (0.62)	0.57 (0.75)	-0.143	80	n/s
III						
ANSIEDAD	17	1.46 (0.81)	1.28 (0.82)	-0.945	80	n/s
	18	1.33 (0.88)	1.26 (0.86)	-0.32	80	n/s
IV						
MANÍA	8	0.46 (0.57)	0.34 (0.62)	-0.87	80	n/s
	9	0.73 (0.73)	0.76 (0.83)	0.196	80	n/s
	12	0.63 (0.55)	0.61 (0.77)	-0.112	80	n/s
	13	0.36 (0.61)	0.30 (0.54)	-0.451	80	n/s
V						
PSICOSIS	14	0.30 (0.53)	0.46 (0.75)	1.033	80	n/s
	15	0.70 (0.70)	0.73 (0.79)	0.176	80	n/s
	16	0.06 (0.36)	0.26 (0.56)	1.763	80	0.082
VI						
MISCELÁNEO	20	0.1 (0.30)	0.05 (0.23)	-0.702	80	n/s
	21	0.10 (0.30)	0.03 (0.19)	-1.117	80	n/s
	22	0.13 (0.34)	0.17 (0.43)	0.432	80	n/s
	23	0.16 (0.46)	0.21 (0.45)	0.427	80	n/s
	24	0.60 (0.62)	0.57 (0.75)	-0.143	80	n/s
	25	1.13 (1.13)	0.73 (0.95)	-1.717	80	0.09

Tabla 3.- Pacientes que presentaron o no, abuso psicológico y/o físico.

	Abuso Psic / Físico		χ^2	p	Df	RR	95% CI
	Si	No					
TDM	11	43	0.074	n/s	1	0.948	0.652-1.378
IS	2	7	0.047	n/s	1	0.848	0.194-3.703
Distimia	5	10	2.233	n/s	1	0.485	0.192-1.222
T adaptativo	0	3	0.755	n/s	1	0.955	0.906-1.006
TB I	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
TB II	0	0	-	-	-	-	-
Ciclotimia	0	2	0.497	n/s	1	0.970	0.929-1.012
TDAH-I	0	5	1.291	n/s	1	0.924	0.863-0.990
TDAH-H	1	4	0.001	n/s	1	0.970	0.116-8.096
TDAH-M	12	26	7.218	.01	1	4.6	1.34-15.86
TDO	10	27	2.424	n/s	1	0.655	0.406-1.055
T Conducta	8	17	3.571	0.074	1	0.515	0.272-0.976
TAS	2	4	0.787	n/s	1	0.485	0.097-2.419
TAG	3	11	0.039	n/s	1	0.889	0.280-2.818
C ANG	1	2	0.379	n/s	1	0.485	0.047-5.021
Agorafobia	0	0	-	-	-	-	-
Fobia específica	2	9	0.014	n/s	1	1.091	0.261-4.566
Fobia social	2	8	0.002	n/s	1	0.970	0.227-4.134
T estrés agudo	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
T estrés post	0	3	0.755	n/s	1	0.965	0.906-1.006
TOC	2	3	1.423	n/s	1	0.364	0.066-1.998
T Ans NE	2	12	0.294	n/s	1	1.455	0.361-5.862
Tics y G T	0	2	0.497	n/s	1	0.97	0.929-1.012
Tricotilomanía	0	0	-	-	-	-	-
T alimentación	1	0	4.176	n/s	1	1.067	0.940-1.211
Abuso de OH	2	6	0.170	n/s	1	0.727	0.162-3.273
Abuso de sust	1	1	1.213	n/s	1	0.242	0.016-3.671
Abuso sexual	0	3	0.755	n/s	1	0.955	0.906-1.006
Enuresis	1	0	4.176	n/s	1	1.067	0.940-1.211
Encopresis	1	0	4.176	n/s	1	1.067	0.940-1.211
T personalidad	1	8	0.454	n/s	1	1.939	0.261-14.414
Esquizotoc	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
Esquizofrenia	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
T delirante	0	0	-	-	-	-	-
Síntomas psic	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
Crisis parciales	3	15	0.119	n/s	1	1.212	0.398-3.688
T explosivo int	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
T control imp	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
Retraso mental	0	2	0.497	n/s	1	0.970	0.929-1.012
Terrores noct	0	0	-	-	-	-	-
Sonambulismo	0	0	-	-	-	-	-
T Dismórfico C	0	1	0.245	n/s	1	0.985	0.956-1.015
Disfunción fam	13	38	3.070	0.093	1	0.709	0.518-0.970

Tabla 4. Diferencias por diagnóstico

Diferencias por diagnóstico								
Muestra Total (n=82)								
Ha fumado?								
		Si	No	χ^2	p	df	RR	95% CI
TDM	Si	30	24	1.190	n/s	1		
	No	12	16					
Conducta Suicida	Si	4	5	.186	n/s	1		
	No	38	35					
Distimia	Si	5	10	2.351	n/s	1		
	No	37	30					
Trastorno Adaptativo	Si	3	0	2.966	n/s	1		
	No	39	40					
Trastorno BP- I	Si	0	1	1.063	n/s	1		
	No	42	39					
Trastorno BP- II	Si	0	0					
	No	42	40					
Ciclotimia	Si	2	0	1.952	n/s	1		
	No	40	40					
TDAH-I	Si	4	1	1.765	n/s	1		
	No	38	39					
TDAH-H	Si	4	1	1.765	n/s	1		
	No	38	39					
TDAH-M	Si	20	18	0.057	n/s	1		
	No	22	22					
T desafiante opositora	Si	28	9	16.14	.000	1	2.832	1.552-5.167
	No	14	31					
T de conducta	Si	18	7	6.216	.012	1	2.068	1.062-4.026
	No	24	33					
T ansiedad separación	Si	5	1	2.672	n/s	1		
	No	37	39					
T ansiedad generalizada	Si	5	9	1.624	n/s	1		
	No	37	31					
T de angustia	Si	1	2	.399	n/s	1		
	No	41	38					
Agorafobia	Si	0	0					
	No	42	40					
Fobia Específica	Si	6	5	.056	n/s	1		
	No	36	35					
Fobia Social	Si	1	9	7.745	.006	1	0.478	.342-.670
	No	41	31					
T estrés Agudo	Si	1	0	.964	n/s	1		
	No	41	40					
T estrés posttraumático	Si	2	1	.297	n/s	1		
	No	40	39					
T obsesivo compulsivo	Si	5	0	5.071	.031	1	.481	.381-.606
	No	37	40					

Tabla 4 (cont). Diferencias por diagnóstico

Diferencias por diagnóstico									
Muestra Total (n=82)									
T Ansiedad	Si	6	8						
NE	No	36	32	.473	n/s	1			
Tics	Si	2	0						
y GT	No	40	40	1.952	n/s	1			
Tricotilo-	Si	0	0						
manía	No	42	40						
T de ali-	Si	0	1						
mentación	No	42	39	1.063	n/s	1			
Abuso de	Si	7	1						
alcohol	No	35	39	4.670	.034	1	4.216	.666-	26.708
Abuso de	Si	1	1						
Sustancias	No	41	39	.001	n/s	1			
Abuso	Si	6	10						
Psic/Físico	No	36	30	1.498	n/s	1			
Abuso	Si	2	1						
Sexual	No	40	39	.297	n/s	1			
Enuresis	Si	0	1						
	No	42	39	1.063	n/s	1			
Encopresis	Si	1	0						
	No	41	40	.964	n/s	1			
T de	Si	6	3						
personalidad	No	36	37	.965	n/s	1			
Esquizo-	Si	0	1						
TOC	No	42	39	1.063	n/s	1			
Esquizo-	Si	0	1						
frenia	No	42	39	1.063	n/s	1			
Trastorno	Si	0	0						
delirante	No	42	40						
Sintomas	Si	0	1						
Psicóticos	No	42	39	1.063	n/s	1			
Crisis	Si	7	11						
Parciales	No	35	29	1.403	n/s	1			
T explosivo	Si	1	0						
Intermitente	No	41	40	.326	n/s	1			
T control	Si	1	0						
impulsos	No	41	40	.964	n/s	1			
Retraso	Si	0	2						
mental	No	42	38	2.153	n/s	1			
Terrores	Si	0	0						
nocturnos	No	42	40						
Sonam-	Si	0	0						
bulismo	No	42	40						
Dismórfico	Si	0	1						
Corporal	No	41	39	1.063	n/s	1			
Disfunción	Si	30	21						
familiar	No	12	19	3.122	.062	1	1.488	.967-	2.29

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio tuvo el objetivo principal de saber si existen factores asociados con el inicio de consumo de tabaco y otras sustancias en adolescentes. Aunque la muestra que se pudo reclutar fue modesta ($n=82$), un poco más del 10% de la muestra total; pudimos obtener datos interesantes. De los 82 adolescentes encuestados, encontramos que el 51.8% aceptó haber tenido algún contacto con tabaco; la edad de inicio fue muy similar. Este dato es de llamar la atención ya que muestra la importancia de evaluar el área de consumo de sustancias en nuestra población adolescente y además muestra que los adolescentes con psicopatología son en sí una población en riesgo para un inicio temprano en el consumo de tabaco y otras sustancias.

Los datos de edad de inicio en México son similares a los encontrados en otros países. En México el inicio de los trastornos por uso de sustancias se encuentra alrededor de los 17 años de edad, mientras que el abuso/dependencia de alcohol y la dependencia a nicotina tiende a empezar alrededor de los 25 años de edad. La gran mayoría de la gente que se vuelven dependientes a drogas lo hacen durante la adolescencia tardía o en el inicio de los 20s. Sin embargo, existen otros periodos de riesgo incrementado a lo largo de la vida, como entre los 25 y 30 años de edad y los 50 años de edad.

Como limitante a este punto, podríamos mencionar que este cuestionario es una adaptación de un cuestionario que a su vez, se diseñó para población adulta y que tomó en cuenta preguntas de instrumentos elaborados para dicho grupo etario. Es decir que este instrumento limitó explorar el comportamiento de consumo de otras sustancias como alcohol y otras drogas, ya que el instrumento sólo contemplaba en una sola pregunta la posibilidad de consumir "*otra sustancia*". Sin embargo a pesar de esta limitación el 17 % mencionó que ya había consumido otra droga.

Esta consideración es pertinente realizarla ya que se sabe que: 1) muchos adolescentes que tienen el patrón de consumo por una sustancia pueden hacerlo con otras, al menos con alcohol y 2) que se ha estado observando que la teoría de "la ventana de acceso", probablemente no se cumple con un subgrupo de adolescentes a determinar sus características psicopatológicas.

En este grupo encuestado sólo 2 mencionaron haber presentado abuso sexual y 7 abuso psicológico y físico. Desde hace más de tres décadas se ha dejado claro el papel que tiene el abuso en sus diferentes modalidades en el desarrollo de psicopatología y el consumo de sustancias y como la misma psicopatología aumenta el riesgo a abuso físico, psicológico o sexual. Queda entonces a determinar y profundizar en la relación entre abuso y sustancias en otra investigación con un diseño adecuado para el mismo.

Además es importante señalar que el instrumento utilizado en la evaluación clínica (BPRS) sólo detecta en los 3 meses previos al interrogatorio, por lo que es una limitante para saber cual es el rol del antecedente de abuso en el inicio y patrón de consumo de alcohol y otras sustancias.

Como dato a señalar es que los hombres encuestados dijeron haber iniciado el consumo de otras sustancias a una edad más temprana. Es un dato que debe servir para mantenerlo en mente durante la evaluación clínica de los adolescentes.

PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS

El consumo de sustancias psicoactivas es una situación a la que no debemos restar importancia, sobre todo en grupos de edades tempranas como la adolescencia.

Es importante continuar la elaboración de estudios al respecto, con el fin de aclarar y conocer las causas y así prevenir el desarrollo futuro de adicciones, impactando de manera positiva en la salud y desarrollo de la sociedad.

Con el propósito de mejorar el presente estudio se sugiere capturar un mayor número de sujetos. Valorar la utilidad de un grupo control (población no clínica), para determinar el grado en que la presencia de psicopatología influye en el consumo de sustancias, así como la inclusión de otras variables no contempladas en el presente estudio. En el caso específico de la variable abuso (físico, psicológico y/o sexual) sería de utilidad ampliar su tiempo de presencia, de 3 meses en el presente estudio a su ocurrencia en cualquier momento de la vida.

Asimismo, se propone la elaboración o estandarización de un instrumento sobre consumo de sustancias y las variables consideradas en el presente estudio, específicos para el grupo de edad de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero A (1997). Familia y factores de protección: una estrategia preventiva. *Rev Estud Juv*; 40:61-8
- Arellanez-Hernández JL, Diaz-Negrete DB, Wagner-Echegaray F, Pérez-Islas V (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental* 27(3), 54-64.
- Aries P (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Editorial Taurus.
- Baeza C, Sanjuán H, García LM, León A y Velasco L. (2005). Síndrome de violencia extrema por maltrato. Cuando el problema toca fondo. *En Acta Pediátrica de México*. 26(1), 8-12.
- Armstrong TD, Costello EJ (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psicol*; 70: 1224-1239.
- Banco Mundial (2004). *La pobreza en México, una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del Gobierno*. México: Banco Mundial México.
- Becker AE (1995). *Body, Self, and Society: A View from Fiji*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Belfer ML (2003). *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Belsasso G, Estañol B y Juárez H (2002). *Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las adicciones*. CONADIC México.
- Benjet C, Borges G, Medina_Mora ME, Blanco J, Zambrano J, Orozco R, et al (2007). Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents from the Mexico City Metropolitan Area 90:128-134.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, et al (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 21-29.
- Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, et al (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:681-690.
- Brook JS, Brook DW, Gordon AS, et al (1990). The psychological etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genet Soc Psychol Monogr*; 116:111-267.
- Bry BH, Catalana RF, Kumpfer KI, et al (1998). Scientific findings from family prevention intervention research. *NIDA Res Monogr*;177:103-29
- Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, Ramos R, Fraga M, Perez SG, et al (2005). Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections. *Drug Alcohol Depend*. 79, 281-293.
- Caballero, M. A. (2005). La violencia que ejercen los padres hacia sus hijos adolescentes. En: M. Jiménez (coord.). *Caras de la violencia familiar*. (pp.259-272). México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Caballero, M. A., Ramos, L., González, C. y Saltijeral, M. T. (2002). Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría, Época* 2, 18 (3), 131-139.
- Campo AT, Rohner RP (1992). Relationships between perceived parental acceptance-rejection, psychological adjustment, and substance abuse among young adults. *Child Abuse Negl*; 16:429-40.
- Carter L, Kay SJ, George JL y King P. (2003). Treating children exposed to domestic violence. *Journal of Emotional Abuse*. 3 (3/4), 183-202.

Cerezo CMV (2005). Neurobiología del niño maltratado. En M. Jiménez (coord.). Caras de la violencia familiar. (pp.183-193). México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Chen CY, Storr CL, Anthony JC (2005). Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. *Pediatrics* 111, 1631–1639.

Christie KA, Burke JD, Regier DA, et al (1988). Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry*; 145: 971-975.

Cohen FS, Densen-Gerber J (1982). A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: preliminary results. *Child Abuse Negl*; 6: 383-387.

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1989). Asamblea General en su resolución 44/25, 20 de noviembre de 1989.

Córdova-Alcaráz J (2000). Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia de drogas en adolescentes. Tesis para obtener el grado de maestría en psicología social. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cortés MR y Cantón J (1997). Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar. En J. Cantón y MR Cortés (eds). *Malos tratos y abuso sexual infantil* (pp. 1-72). España: Editorial Siglo Veintiuno Editores.

Craig G (1997). *Desarrollo Psicológico*. Editorial Prentice Hall. México

Curry J, Wells K, Lochman J, et al (1999). Cognitive Behavioral Intervention for depressed, substance-abusing Adolescents: Development and Pilot Testing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42(6): 656-65.

De La Peña F, Palacios L, Ulloa RE, Cortes J (2005) Validity of Mexican Modified Children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C-25). Presentado en: AACAP, Toronto, Canada.

Deas D (2006). Adolescent Substance Abuse and Psychiatric Comorbidities. *J Clin Psychiatry*; 67[suppl 7]: 18-23.

Deas-Nesmith D, Brady K, Campbell S (1998). Comorbid substance use and anxiety disorders in adolescents. *J Psychopathol Behav Assess*; 20: 139-148.

de Girolamo G, Polidori G, Morosini PL, et al (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:853-861.

Delva J, Van Etten ML, Gonzalez GB, Cedeno MA, Penna M, Caris LH, et al, (1999). First opportunities to try drugs and the transition to first drug use: evidence from a national school survey in Panama. *Subst Use Misuse* 34, 1451–1467.

DIF-PREMAN. (2005) Maltrato infantil. Al interior del DIF, México. Recuperado de www.dif.gob.mx.

Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999). When interventions harm: peer groups and problem behavior. *Am Psychol*; 54:755-64

Dormitzer CM, Gonzalez GB, Penna M, Bejarano J, Obando P, Sanchez M, et al (2004). The PACARDO Research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. *Rev. Panam. Salud Publica* 15 (6), 400–416.

Elizondo JA (2004). Adolescencia y consumo de drogas: combinación explosiva. *Liberaddictus* 80 julio-agosto Año XI.

Ellsberg, M. y Heise, L. (2005). *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Washington, DC.: World Health Organization, PATH.

- Federación Mundial de Salud Mental (2003). Día Mundial de la Salud Mental 2003. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Programa de educación en salud mental de la Federación Mundial de Salud Mental. 7-17.
- Firestone Cruz M, Mantsios A, Ramos R, Case P, Brouwer KC, Ramos ME, et al (2006). A qualitative exploration of gender in the context of injection drug use in two US-Mexico border cities. *AIDS Behav.*
- FISAC (1999). La Mujer en la Cultura del Consumo de Bebidas con Alcohol, Riesgos y Beneficios. Cuadernos FISAC, México.
- Fontana, V. (1979). En defensa del niño maltratado. México: Editorial Pax.
- Ford JD (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. En: R. Greenwald (ed.). *Trauma and juvenile delinquency. Theory, Research, and Interventions.* (pp. 25-58). Nueva York, EE. UU.: Haworth Maltreatment & Trauma Press/The Haworth Press, Inc.
- Fowler T, Lifford K, Shelton K, Rice F, Thapar A, Neale MC, et al (2007). Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use. *Addiction.* 101, 413-422.
- Garbarino, J. (2002). Foreword: Pathways from childhood trauma to adolescent violence and delinquency. En: R. Greenwald (ed.). *Trauma and juvenile delinquency. Theory, Research, and Interventions.* (pp. XXV-XXXI). Nueva York, EE. UU.: Haworth Maltreatment & Trauma Press/The Haworth Press, Inc.
- Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). Por qué las familias abusan de sus hijos. Enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y de adolescentes. Barcelona: Ediciones Granica.
- García C, Watts C, Jansen H, Ellsberg M y Heise L.(2003). Responding to violence against women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence. *Health and Human Rights*, 6 (2), 112-127.
- González-Serratos R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva y Sociedad.* 6-7,14-17.
- Grice DE, Brady KT, Dustan LR, et al (1995). Sexual and physical assault history and posttraumatic stress disorder in substance-dependent individuals. *Am J Addict;* 4:297-305.
- Guerra AA (2005). Aspecto legal del maltrato infantil. En: M. Jiménez (coord.) *Caras de la violencia familiar.* (pp. 317-327). México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well Being. *Br J Psychiatry* 188:465-471.
- Haro Jm, Palacin C, Vilagut G, et al (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)* 126:445-451
- Harrison PA, Hoffmann NG, Edwall GE (1989). Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency. *Int J Addict;* 24: 499-514.
- Hernández CA (2002). Mujeres y adicciones. *Anudando* 16:10-11.
- Hijar MC, Tapia JR y Rascón RA (1994). Mortalidad por homicidio en niños 1979-1990. *Salud Pública de México*, 36 (5), 529-537.
- Hsu CC, Chong MY, Yang P et al (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7):875-881.
- Ito, Villatoro (2002) El desajuste social y el consumo de drogas y alcohol en los adolescentes. AMEPSO
- Jackson S, Gossens (2006) *Handbook of Adolescent Development.* Psychology Press. pp 1-10

- Kaminer Y, Burlison JA (1999). Psychoterapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up of a pilot study. *Am J Addict*; 8: 114-119.
- Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, et al (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 693-699.
- Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V (1999). Child and Adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect [Research Update Review]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38 (10): 1214-22.
- Kempe HC, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W y Silver HK. (1984). Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 251 (24), 3288-3294.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S y Üstün TB (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 20:359-364.
- Kessler RC, Berglund P, Demier O, et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593-602.
- Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL y Schnurr PP (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence: Data from a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1), 1-12.
- Koopmans JR, Slutske WS, Heath AC, Neale MC, Boomsma DI (1999). The genetics of smoking initiation and quantity smoked in Dutch adolescent and young adult twins. *Behav Genet* 29: 383-93.
- Kumpfer KI, Olds DI, Alexander JF (1998). Family etiology of youth problems. *NIDA Res Monogr*;177:42-77
- Lara C, Romero T, Foncerrada H, Rebollo C, Cortesano JA (2006). Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental* 29(6) 48-56
- Lee S, Tsang A, Zhang MY, et al (2007). Lifetime prevalence and inter-cohort variation in DSM-IV disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 37:61-71.
- McGee R. y Wolfe DA (1991). Psychological maltreatment toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3, 3-18.
- McGue M, Elkins I, Iacono WG (2000). Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse. *Am J Med Genet Neuropsychiatr Genet* , 96: 671-7.
- Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, et al (2006). Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Publica*;19(4):265-76.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, et al (2007). Prevalence, age of onset and demographic correlates of DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican Psychiatric Survey. *Psychol Med* (en prensa).
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Ramos L, Zambrano J y Fleiz C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*. 47(1), 8-22.
- Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galvan-Castillo F, Tapia-Conyer R (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Pública Mex*. 45, S16-S25.
- Morrison JA, Frank SJ, Holland CC, y Kates WR(1999). Emotional development and disorders in young children in the child welfare system. En J.A. Silver, B.J. Amster, & T. Haecker (eds.), *Young children and foster care: A guide for Professionals*. (pp. 33-64). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Motz, A. (2001). *The psychology of female violence. Crimes against the body*. East Sussex, Brunner-Routledge.

NIDA (1993). Principio de tratamiento para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. Enfoques con base científica para los tratamientos de la drogadicción. National Institute on Drug Abuse.

Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA (2006). Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 40:865-874.

Organización Mundial de la Salud (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. WHO. (documento WHO/HSC/PVI/99). (29–31). Geneva, Ginebra.

Organización mundial de la salud (2000). Department of mental health and substance abuse and dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Guide to drug abuse Epidemiology. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe mundial sobre la salud 2001. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2003), Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2003b). "Prevention and Care of Illness, Adolescents". www.who.int/child-adolescent-health/Prevention/Adolescentes_substance.htm

Organización Mundial de la Salud (2007). The WHO World Mental Health Survey Consortium. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Bull World Health Organ* (en prensa).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Ortiz A, Soriano A, Galván J, Meza D (2005). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México. *Sistema de reporte de información en drogas. Salud Mental* 28(2):91-97.

Ortiz A, Soriano A, Meza D, Martínez R, Galván J (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas. *Salud Mental* 29(5):32-37.

Paniagua RH, García CS, Castellano BG, et al (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales Españoles de Pediatría*; 55(2): 121-28.

Perea MA, Loredo AA y Corchado CS (2005). Situación actual de la atención a los menores víctimas de violencia. En: M. Jiménez (coord.) *Caras de la violencia familiar*. (pp. 169-182). México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Ramos, Villatoro, Medina-Mora. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes del Distrito Federal. En proceso.

Ramos L, González-Forteza C y Caballero MA (2000). Los testigos de la violencia doméstica: prevalencia y sus repercusiones en la sociedad. En: *La Psicología Social en México Vol. VIII*: pp. 548-554. México: AMEPSO

Ramos L, Saldívar G, Medina-Mora ME, Rojas E y Villatoro J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con consumo de drogas. *Salud Pública de México*, 40(3), 221-233.

Ramos L, González-Forteza C, Wagner F (2006). Violent victimization and drug involvement among Mexican middle-school students. *Addiction* 101(6):850-856.

Rao U, Ryan ND, Dahl RE, et al (1999). Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 1109-1117.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing 1985). Resolución 40/33 de la Asamblea General del 29 de noviembre de 1985.

Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*; 61: 984-991.

Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP, Crowley TJ, Stallings MC (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 60: 1256-64.

Sack W, Him C, Dickason D. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 38(9): 1173-1179.

Sánchez-Huesca R, Guisa-Cruz VC, Ortiz-Encinas RM y De León-Pantoja G (2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Salud Mental*, vol. 25, No. 3. Junio

Santamaría GR. (1992). El maltrato infantil o maltrato social. En: *El Maltrato a los niños sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. (Vol. II 201-206)*. México, DF.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil.

Schwartz CF, Dorer DJ, Beardslee WR, Lavori PW, Keller MB (1990). Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatr Res*; 24:231-50

Secretaría de Educación Pública (2006), Cobertura 2006. <<http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sepCobertura/>>.

Scott S, Knapp M, Henderson J, et al. (2001). Financial cost of social exclusion: follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal* 322: 191-195.

Shatkin JP y Belfer ML. (2007). Critical review of world policies for mental healthcare for children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. Jul;20(4):349-52

Shonkoff JP, Phillips DA (2000) The National Research Council and the Institute of Medicine. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioural and Social Sciences Education. Washington, D.C.: National Academy Press.

Silverman AB, Reinherz HZ y Giaconia RM (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*. 20(8), 709-723.

Simons RI, Robertson JF, Downs WR (1998). The nature of the association between parental rejection and delinquent behavior. *J Youth Adolesc*; 18:297-310.

Storr CL, Chen CY, Anthony JC (2004). Unequal opportunity: neighborhood disadvantage and the chance to buy illegal drugs. *J Epidemiol Community Health* 58, 231-237.

Torregosa FL. (1992). El niño maltratado. En: *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. (II, pp. 55-74)*. México, DF.

Trejo HJ (2005). Atención integral al niño maltratado. Un enfoque desde la salud pública. En: M. Jiménez (coord.) *Caras de la violencia familiar*. (pp.195-206). México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

UNICEF (1995). *Congreso Nacional de Maltrato al Menor*. México, 1995, pp. 30

Valdez JI (2004). Perfil de personalidad madres de adolescentes consumidores de sustancias. *Psiquis*. 13 num (2).

Van Etten ML, Anthony JC (1999). Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens, and heroin. *Drug Alcohol Depend*. 54, 117-125.

Viken RJ, Kaprio J, Koskenvuo M, Rose RJ (1999). Longitudinal analyses of the determinants of drinking and of drinking to intoxication in adolescent twins. *Behav Genet*; 29:455-61.

Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N (2005). Tendencias y factores asociados al consumo de tabaco en los adolescentes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México. En:

- Valdés- Salgado R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Avila M (eds). *Primer Informe sobre el Combate al Tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco*. INSP, 65-69, México, 2005.
- Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez ML, Díaz M y Amador N (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.
- Wagner FA, Anthony JC (2002). Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *Am J Epidemiol.* 155 (10), 918–925.
- Wagner FA, Gonzalez-Forteza C, Aguilera RM, Ramos-Lira LE, Medina-Mora ME, Anthony JC (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental* 26 (2), 22–32.
- Weinberg N, Rahdert E, Colliver J, Glantz M (1998). Adolescent Substance Abuse : A review of the past 10 years. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*; 37(3):252-61
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RE, et al. (1999). Depressed Adolescents Grown Up. *Journal of the American Medical Association.* 281(18):1701-1713.
- Whitcomb D, Hook M, et al. (2002) National Victim Assistance Academy, Foundations in Victimology and Victims' Rights and Services. Recuperado de: <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/assist/nvaa2002>.
- Widom CS y Maxfield MG (2001). An update on the 'cycle of violence'. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, et al (2003). Does stimulant therapy of ADHD beget later substance abuse ? a meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*; 111: 179-185.
- Wolfe D. (1991). Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Editorial Trillas.
- Wood J, Foy DW, Goguen CA, Pynoos R y James CB (2002). Violence exposure and PTSD among delinquent girls. En: R. Greenwald (ed.) *Trauma and juvenile delinquency. Theory, Research, and Interventions.* (pp. 109-126). Nueva York, EE.UU: Haworth Maltreatment & Trauma Press/The Haworth Press, Inc.

ANEXO 1

Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents Reviewed (BPRS-CA-R)

Versión de la Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

Nombre del Paciente _____ Sexo: _____ Edad: _____

Entrevistador: _____ Fecha _____ Expediente No. _____

Instrucciones para Adolescentes: Se requieren 30 minutos para completar la escala. Se recomienda iniciar con una entrevista no estructurada de 10 minutos para saber donde vive, con quién, a qué se dedica el paciente y el motivo de consulta. En los siguientes 10 minutos los criterios no evaluados se consignarán propositivamente; los últimos 10 minutos se entrevistará al familiar. Cada criterio será evaluado en severidad que se califica de 0 a 3: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=severo, conforme al mejor estimado clínico de los informantes. Se evalúa el episodio actual durante los últimos tres meses.

No.	Criterios	0	1	2	3
1	Falta de cooperación: negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo. 0. Ausente: Cooperador, tranquilo. 1. Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas y expectativas, en un lugar o situación (casa, escuela, etc.). 2. Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en más de un lugar o situación; genera deterioro en el funcionamiento 3. Severo: Constantemente se rehúsa a cumplir; conducta delictiva; escapa de casa; causa severos problemas en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.				
2	Hostil: afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros. 0. Ausente: Cooperador, tranquilo. 1. Leve: Ocasionalmente sarcástico; gritón; cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación. 2. Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones. 3. Severo: Insulta, destructivo. Causa severo deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.				
3	Manipulador: mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir; a veces hace trampa. 2. Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones. 3. Severo: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero/situaciones. Causa severo deterioro en el funcionamiento diferentes lugares y situaciones.				
4	Deprimido: tristeza, llanto, labilidad, desamparo. (Considerar irritabilidad y anhedonia) 0. Ausente: A veces; rápidamente desaparece. 1. Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante. 2. Moderado La mayor parte del tiempo se siente infeliz, sin factor precipitante. 3. Severo: Todo el tiempo infeliz/dolor psíquico. Causa severo deterioro en el funcionamiento.				
5	Sentimientos de inferioridad: pobre confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, autorreproches, inadecuación. 0. Ausente: Se siente bien; positivo sobre sí mismo. 1. Leve: Ocasionalmente se siente no tan bien como otros/Déficits en un área. 2. Moderado: Siente que otros son mejores que él. Da respuestas negativas, planas, y no puede pensar en algo bueno acerca de sí mismo. 3. Severo: Siempre siente que los otros son mejores. Se siente devaluado, indigno de amor.				
6	Conducta suicida: ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Lo piensa cuando está enojado. 2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio. 3. Intento en el último mes. Activamente.				
7	Fantasías peculiares: ideas o historias inusuales, raras o autísticas. (Debe considerarse el desarrollo conforme a la edad en la evaluación de este reactivo) 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria. 2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad. 3. Severo: Con frecuencia está absorto por sus fantasías. Tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.				

8	<p>Ideas delirantes: de control, referencia, celos, persecutorias religiosas, expansivas, sexuales.</p> <p>0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia.</p> <p>1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él.</p> <p>2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros.</p> <p>3. Severo: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad.</p>				
9	<p>Alucinaciones: auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc.</p> <p>0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales.</p> <p>1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vívida/activa.</p> <p>2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico).</p> <p>3. Severo: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista); u otras experiencias o percepciones.</p>				
10	<p>Hiperactividad: inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos. (Evaluar Impulsividad)</p> <p>0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento.</p> <p>1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento.</p> <p>2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas.</p> <p>3. Severo: Excitación motora continua; no puede estar quieto; ocasiona gran interferencia en su funcionamiento en la mayoría de las situaciones.</p>				
11	<p>Distractibilidad: pobre concentración, periodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes.</p> <p>0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente distraible; capaz de concentrarse prontamente</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro.</p> <p>3. Severo: Constante. Necesita asistencia 1:1 para estar atento.</p>				
12	<p>Discurso o lenguaje acelerado: habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada.</p> <p>2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación.</p> <p>3. Severo: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.</p>				
13	<p>Hipertimia: Animo exageradamente elevado, expansivo, irritable, autoestima exagerada, aumento en la actividad intencionada. (Considerar disminución de las horas de sueño)</p> <p>0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro.</p> <p>3. Todo el tiempo: Severo deterioro en el funcionamiento</p>				
14	<p>Lenguaje poco productivo: mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil.</p> <p>2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos ¼ ó ½ de la conversación no se comprende o está deteriorada.</p> <p>3. Severo: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.</p>				
15	<p>Retraimiento emocional: Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad.</p> <p>0. Ausente: No del todo</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones.</p> <p>3. Severo: Constantemente no se percata de quienes le rodean; expresión facial de preocupación. No responde a las preguntas ni mira al entrevistador.</p>				
16	<p>Afecto aplanado: Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.</p> <p>0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo.</p> <p>1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).</p> <p>2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p> <p>3. Severo: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p>				

No.	Criterios	0	1	2	3
17	<p>Tensión: nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos)</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.</p> <p>3. Severo: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.</p>				
18	<p>Ansiedad: Dificultad para separarse de la figura de apego, se “aferra” de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones y compulsiones.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos 3 veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día/tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante ésta.</p> <p>3. Severo: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.</p>				
19	<p>Alteraciones del dormir: insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo de sueño, ronquido, conductas anormales (sonambulismo, terrores nocturnos), movimientos anormales (mioclonias, inquietud en las piernas, movimientos periódicos de las extremidades), noctilalia. Evaluar hipersomnia y somnolencia diurna.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).</p> <p>2. Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia leve de ciclo circadiano invertido.</p> <p>3. Severo: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano.</p>				
20	<p>Desorientación: Confusión sobre personas, lugares o cosas.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas.</p> <p>3. Severo: Constantemente confuso; perplejo.</p>				
21	<p>Alteraciones del habla: Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle.</p> <p>2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión.</p> <p>3. Severo: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.</p>				
22	<p>Estereotipias: posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas</p> <p>2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p> <p>3. Severo: La mayor parte del tiempo (> 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p>				
23	<p>Problemas de eliminación: se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años.</p> <p>0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena.</p> <p>3. Severo: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.</p>				
24	<p>Consumo de sustancias psicoactivas. (Evaluar alcohol y drogas)</p> <p>0. Ausente: Nunca las ha consumido.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente. Uso recreacional. No cumple criterios de abuso, tolerancia y abstinencia.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente. Cumple criterios de abuso.</p> <p>3. Severo: Muy frecuentemente. Cumple criterios de dependencia con tolerancia y abstinencia.</p>				
25	<p>Abuso: Psicológico, físico, sexual (especificar subrayando cada tipo de abuso)</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Leve: Psicológico: ocasionales observaciones agresivas sin insultos, Física: agresión ocasional que no deja huella física; Sexual: ocasional agresión verbal.</p> <p>2. Moderado: Psicológico: frecuentes observaciones agresivas sin o con insultos; Física: frecuentemente agresiones que no dejan huella u agresiones ocasionales que si dejan huella; Sexual: agresiones verbales frecuentes o tocamientos sin llegar a penetración o sexo oral.</p> <p>3. Severo: Psicológica: continuas agresiones verbales con insultos; Física: continuas agresiones que dejan huella; Sexual: Penetración o sexo oral.</p>				

Puntuación total: _____

ANEXO 2

Cuestionario de hábitos de fumar

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
(Versión Adolescentes y adultos jóvenes)

Fecha: _____

El siguiente es un cuestionario sobre los hábitos de fumar, te pedimos tu cooperación y por favor contesta todas las preguntas marcando la respuesta que consideres más adecuada (aún si tú no fumas):

1. Nombre: _____

2. Edad: _____ años

3. Número de expediente: _____

4. Sexo:

[1] Masculino

[2] Femenino

5. Estado civil:

[1] soltero(a)

[2] casado(a)

[3] unión libre

[4] divorciado/separado

[5] viudo

6. ¿Cuál es su ocupación actual?

[1] trabajo

[2] estudio

[3] hogar

[4] ninguno

[5] trabajo y estudio

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de conocer los hábitos de tabaquismo en la población del instituto nacional de psiquiatría, te pedimos que contestes todas ellas (aún si no fumas)

7. ¿Alguna vez has fumado tabaco (cigarros, puro, pipa, etc.)?:

[1] SI

[2] NO

(SI CONTESTASTE QUE NO, ENTONCES PASA A LA PREGUNTA 23)

8. ¿A que edad empezaste a fumar (da la edad aproximada si no te acuerdas exactamente)?:

_____ años

9. ¿A que edad empezaste a fumar diario o casi diario (es decir, mas de tres veces a la semana)?:

[1] _____ años

[2] Nunca he fumado diario o casi diario

10. ¿En los últimos 12 meses has fumado tabaco?:

[1] SI

[2] NO

(SI CONTESTASTE QUE NO PASA A LA PREGUNTA 23)

11. ¿Has fumado tabaco en el último mes?

[1] SI

[2] NO

12. ¿Cuánto tiempo pasa entre que te despiertas y fumas tu primer cigarro?
- [1] 5 minutos o menos
 - [2] Entre 6 y 30 minutos
 - [3] entre 31 minutos y una hora
 - [4] Más de una hora
13. ¿Encuentras difícil no fumar en lugares en donde esta prohibido?:
- [1] SI
 - [2] NO
14. ¿Qué cigarro te molesta más dejar de fumar?
- [1] El primero de la mañana
 - [2] Cualquier otro
 - [3] Ninguno
15. Aproximadamente ¿Cuántos cigarros fumas al día?
- [1] 10 ó menos cigarros
 - [2] 11-20 cigarros
 - [3] 21-30 cigarros
 - [4] 31 ó más cigarros
16. ¿Fumas con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarte que en el resto del día?
- [1] SI
 - [2] NO

17. ¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que estar en la cama?
- [1] SI
 - [2] NO
18. ¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?
- [1] SI
 - [2] NO
19. ¿Cuánto interés tienes en dejar de fumar?
- [1] Ningún interés
 - [2] Algo interesado
 - [3] Bastante interesado
 - [4] Muy seriamente
20. ¿Intentarás dejar de fumar en las próximas dos semanas?
- [1] Definitivamente no
 - [2] Quizás
 - [3] Sí
 - [4] Definitivamente sí
21. ¿Cuál es la posibilidad de que dentro de los próximos seis meses sigas fumando?
- [1] Definitivamente no
 - [2] Quizás
 - [3] Sí
 - [4] Definitivamente sí

22. Junto a las frases siguientes marque con una "X" la frecuencia que describe mejor sus experiencias personales cuando fuma o ha fumado:

Por ejemplo:

Si en la pregunta a. "fumo para no desacelerarme" pienso que esto casi nunca me sucede, entonces marco una X bajo la columna que dice RARA VEZ

Nunca
Rara vez
De vez en cuando
Mayoría del tiempo
Siempre

- a. Fumo para no desacelerarme
- b. Tener un cigarrillo en la mano es parte del placer de fumarlo
- c. Fumar es placentero y relajante
- d. Enciendo un cigarrillo cuando me siento enojado por algo
- e. Cuando se me acaban los cigarrillos es casi una tortura hasta que puedo obtener más
- f. Fumo automáticamente sin siquiera darme cuenta de ello
- g. Fumo cuando la gente a mi alrededor está fumando
- h. Fumo para levantarme el ánimo
- i. Parte de mi placer al fumar es prepararme para encenderlo

Nunca
Rara vez
De vez en
cuando
Mayoría del
tiempo
Siempre

- j. Obtengo placer de fumar
- k. Cuando me siento incómodo o preocupado enciendo un cigarrillo
- l. Cuando no estoy fumando un cigarrillo estoy muy al tanto de este hecho
- m. Con frecuencia enciendo un cigarrillo cuando todavía hay uno humeando en el cenicero
- n. Fumo cigarrillos con amigos cuando me la estoy pasando bien
- o. Cuando fumo parte del placer es mirar el humo a medida que lo expulso de la boca
- p. Me dan ganas de un cigarrillo más frecuentemente cuando estoy cómodo y relajado
- q. Fumo cuando estoy triste y quiero borrar de mi mente lo que me está molestando
- r. Cuando no me he fumado uno en un largo rato siento una necesidad grande de un cigarrillo
- s. He encontrado un cigarrillo en mi boca y ni siquiera recordaba que estaba ahí
- t. Siempre fumo cuando salgo con mis amigos a una fiesta, bar, etc
- u. Siempre fumo cigarrillos para levantarme el ánimo

23. Alguien más fuma en tu casa
[1] SI; cuantas personas: _____
[2] NO
24. Te molesta el humo de cigarro en lugares públicos
[1] SI
[2] NO
25. ¿Alguna vez has consumido alguna otra droga?
[1] SI
[2] NO

(SI CONTESTASTE QUE NO, ENTONCES PASA A LA PREGUNTA
27)

26. A que edad empezaste a consumir otras drogas:

27. Desearías recibir más información sobre los daños
asociados al humo del tabaco:
[1] SI
[2] NO

Si contestaste que sí por favor apunta un número de
contacto:

Telefono:

Correo electrónico:

Hemos llegado al final del cuestionario, por favor revisa que
no hayas dejado preguntas en blanco. Muchas gracias por
tu participación.