



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR # 33

**Detección de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas,
inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años
mediante la aplicación de cuestionario Assist adscritos a la unidad de
medicina familiar #27**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Fabian Guillermo Martinez Cabrera

ASESORES:

Dra. Erica Cervantes Aldaz

Dr. Juan Carlos Chávez Ávila

CHIHUAHUA, CHIH.

AGOSTO 2017



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIHUAHUA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR # 33



Detección de consumo de alcohol, tabaco cannabis, cocaína, anfetaminas,
inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años
mediante la aplicación de cuestionario Assist adscritos a la unidad de
medicina familiar # 27

Tesis que para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Fabian Guillermo Martinez Cabrera

Asesores:

Dra. Erica Cervantes Aldaz

Dr. Juan Carlos Chávez Ávila

Chihuahua, Chihuahua.

Agosto 2017



Detección de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años mediante la aplicación de cuestionario Assist adscritos a la unidad de medicina familiar #27

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Fabian Guillermo Martinez Cabrera

AUTORIZACIONES

Dr. Humberto Campos Favela
Coordinador de Planeación y enlace Institucional delegación Chihuahua.

Dra. Alma Aceves García
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud delegación Chihuahua.

Dr. Rene Alberto Gameros Gardea
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en salud.



Detección de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años mediante la aplicación de cuestionario Assist adscritos a la unidad de medicina familiar #27

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Fabian Guillermo Martinez Cabrera

AUTORIZACIONES

Dra. Ana Mariend Rivas Gómez
Coordinadora Clínica de Educación e investigación en Salud UMF 33.

Dra. Nayeli Limón García
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de base IMSS.



Detección de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años mediante la aplicación de cuestionario Assist adscritos a la unidad de medicina familiar #27

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Fabian Guillermo Martinez Cabrera

AUTORIZACIONES

Dra. Erica Cervantes Aldaz

Médico especialista en urgencias de la UMF #20

Asesor de tema

Dr. Juan Carlos Chávez Ávila

Médico especialista en medicina familiar de la UMF #12

Asesor de tema

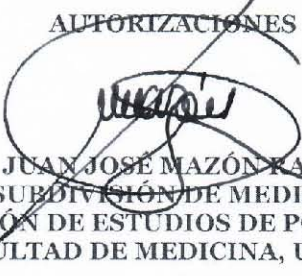
**"DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO,
CANNABIS, COCAÍNA, ANFETAMINAS, INHALANTES,
ALUCINÓGENOS, OPIÁCEOS Y SEDANTES EN JÓVENES DE
20 A 29 AÑOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE
CUESTIONARIO ASSIST ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR # 27"**


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


PRESENTA

DR. FABIAN GUILLERMO MARTINEZ CABRERA

AUTORIZACIONES


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


**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 02/09/2015

DR. FABIAN GUILLERMO MARTINEZ CABRERA

P R E S E N T E

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

DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO , CANNABIS, COCAÍNA, ANFETAMINAS, INHALANTES, ALUCINÓGENOS, OPIÁCEOS Y SEDANTES EN JÓVENES DE 20-29 AÑOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO ASSIST ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #27

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-802-19

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTO

QUIERO AGRADECER ESTE PROYECTO A DIOS POR DARME LA FORTALEZA Y LA SALUD DE SEGUIR ADELANTE, A MIS HIJOS ANA FABIOLA, FABIAN GUILLERMO Y ANGEL GAEL, QUE SON IMPULSORES DE MIS ESFUERZOS, DE MI FELICIDAD Y MIS GANAS DE BUSCAR LO MEJOR. CADA VEZ QUE LOS VEO SIENTO MAS GANAS DE TRABAJAR Y SEGUIR CON EL OBJETIVO DE ALCANZAR MIS METAS. RECUERDEN HIJOS USTEDES SON MI PRINCIPAL MOTIVACION EN LA VIDA.

A MIS PADRES LES AGRADESCO POR LOS PRINCIPIOS, POR LA EDUCACION Y LA FORTALEZA QUE ME OTORGARON.

ÍNDICE	PAGINA
1.- Resumen	08
2.- Introducción	08
3.- Justificación	22
4.- Planteamiento del problema	23
5.- Pregunta de Investigación	25
6.- Hipótesis	25
7.- Objetivo	26
7.1.-General	26
7.2.-Específico	26
8.- Material y métodos	28
8.1.- Tipo de estudio y técnica de muestreo	28
8.2.- Población, Lugar y tiempo de estudio	28
8.3 Criterios de Selección	28
8.3.1.- Criterios de Inclusión	28
8.3.2.- Criterios de Exclusión	28
8.3.3.- Criterios de Eliminación	28
8.4- Variables	29
8.5- Tipo y tamaño de muestra	34
8.6.- Calculo del tamaño de la muestra	34
9.- Análisis estadístico	34
10.- Técnicas y procedimientos	35
11.- Consideraciones éticas	35
12.- Resultados	37
13.-Discusiones	41
14.- Conclusiones	42
15.- Referencias bibliográficas	43
16.- Anexos	46
16.1.- Hoja de recolección de datos	51
16.2.- Cronograma	55

DETECCION DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO , CANNABIS, COCAÍNA, ANFETAMINAS, INHALANTES, ALUCINÓGENOS, OPIÁCEOS Y SEDANTES EN JOVENES DE 20-29 AÑOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO ASSIST ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #27

AUTORES: Martínez Cabrera Fabián Guillermo;

ASESORES: Cervantes Aldaz Erica; Chávez Ávila Juan Carlos.

Introducción:

El consumo de drogas es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. La OMS estima en su último informe que en 2009, entre el 3,3 y el 6,1% de la población mundial con edad comprendida entre los 15 a 64 años había consumido alguna droga ilícita durante el año previo. Ante esta situación, instituciones como la OMS proponen desarrollar intervenciones breves, cuyo objetivo es identificar a personas con problemas actuales o potenciales relacionados con el consumo de drogas, alcohol, tabaco y otras sustancias. Se desarrolló el test ASSIST como instrumento de detección y su objetivo es servir como instrumento de cribado.

Objetivo general:

Detectar consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo transversal, se aplicó el cuestionario ASSIST, el cual interroga sobre la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Este instrumentó se aplicó a todos los jóvenes de 20 a 29 años que acudieron a consulta de medicina familiar.

Análisis Estadístico: Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS versión 21 en donde se consideró una diferencia significativa cuando el valor de p fue <0.05.

Resultados: Se estudiaron un total de 100 adolescentes de la UMF 27, de los cuales 46 (46%) tenían 26 a 29 años, 83 (83%) eran mujeres con una relación mujer: hombre 4.9:1. 45 (45%) pacientes consumieron tabaco, 9.7 (9.7%) alcohol, 2 (2%) cannabis, 9.1 (9.1%) cocaína y 9.6 (9.6%) sedantes. En cuanto a la frecuencia en los últimos 3 meses de tabaco 6 (6%) lo hacían 1 a 2 veces, para alcohol 21 (21%) semanalmente, para cocaína 2 (2%) 1 o 2 veces; para sedantes 2 (2%) 1 o 2 veces. En cuanto a la frecuencia con que ha causado problemas el consumo del tabaco y alcohol en 1 (1%) pacientes ocasiono 1 o 2 veces. En cuanto a si un conocido ha mostrado preocupación por sus hábitos, en el tabaco 2 (2%) pacientes han tenido en los últimos 3 meses, para el alcohol 10 (10%) en los últimos 3 meses, para los sedantes 1 (1%) no en los últimos 3 meses.

Conclusiones: En la población donde se consume más drogas es en el grupo de 26 a 29 años. Ha habido un cambio en el consumo de estas sustancias debido a que la mayor parte son mujeres con una relación mujer: hombre de 4.8:1. El 45% de los pacientes consumen tabaco, el 97% alcohol y 96% sedantes.

Palabras claves: Assist, alcohol, tabaco, cocaína, cannabis, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes, consumo.

2. Marco teórico:

El consumo de drogas es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. La OMS estima en su último informe que en 2009, entre el 3,3 y el 6,1% de la población mundial con edad comprendida entre los 15 a 64 años había consumido alguna droga ilícita durante el año previo. Gran parte de los consumidores de drogas no llegan a desarrollar dependencia ni problemas relacionados con el consumo de las mismas. Sin embargo, los indicadores de consumo problemático de drogas ponen de manifiesto que, a pesar de ello, el alcance de estas drogas afecta a buena parte de los consumidores, con graves consecuencias para la salud física y mental, la familia y el entorno social. En términos generales, el contacto de estas personas consumidoras de drogas con los servicios de atención especializados se demora en el tiempo hasta la aparición de dichos problemas. Ante esta situación, instituciones como la OMS proponen desarrollar intervenciones breves, cuyo objetivo es identificar a personas con problemas actuales o potenciales relacionados con el consumo de drogas, y motivarles para que cambien su comportamiento en relación al consumo. Una de las escalas desarrolladas para el cribado de estas personas consumidoras de drogas susceptibles de recibir las intervenciones breves es el Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Dicha escala fue desarrollada por la OMS y su objetivo es servir como instrumento de cribado, fundamentalmente en los contextos de atención primaria, donde el consumo perjudicial de drogas suele pasar desapercibido. El ASSIST fue originariamente diseñado para su aplicación en diversas culturas.

Este instrumento ha sido traducido al español por el equipo que lo diseñó, si bien no se han encontrado estudios que aporten evidencias de validez de las puntuaciones del mismo. La validez debe ser, según los estándares de la AERA, la APA y el NCME la consideración fundamental en el desarrollo y evaluación de los test. Se entiende por validez el grado en que la evidencia y la teoría mantienen la interpretación de las puntuaciones de los test encaminada al uso específico para el que han sido diseñados. De esta manera, la validez no es una propiedad intrínseca del test, sino una propiedad circunstancial de la interpretación que realizamos de

las puntuaciones obtenidas con el mismo.

Por lo tanto, la validez comienza con una clara definición del propósito para el que se crea el test. ^{1,18}

México es un país afectado por las drogas en todos los aspectos: es un país productor de drogas como la heroína, la marihuana y las metanfetaminas, principalmente para los mercados externos, aunque también hay una demanda interna en crecimiento; es un país de tránsito para la cocaína, que ha encontrado una vía, a través del corredor de Centro América y México, en su camino hacia los mercados tanto externos como para el abastecimiento interno.

Como resultado de la creciente disponibilidad de sustancias y de un entorno social favorable, ha devenido un país consumidor donde el uso experimental y la dependencia a las drogas ilegales, aunque siguen siendo bajos, se han incrementado. El abuso/dependencia de sustancias legales como el alcohol y el tabaco son los principales problemas de abuso de sustancias; sólo el abuso de los medicamentos se mantiene bajo y relativamente estable, principalmente como resultado de la baja disponibilidad para fines médicos y, por lo tanto, con poco margen para la desviación. Los costos sociales son considerables y, como ocurre en otros países de la región, la violencia es la característica dominante en el mundo de las drogas, viéndose incrementada a partir de 2008. Dentro de estos importantes retos para la salud y la seguridad, es cierto también que se han realizado esfuerzos continuos y significativos, desde 1972, mediante programas de reducción de la demanda a niveles nacionales y adaptados a las circunstancias cambiantes. ²

El consumo de alcohol y otras drogas son un importante causa morbimortalidad a nivel global y su impacto genera costos sanitarios, sociales y económicos. La tasa de mortalidad atribuible al consumo de alcohol y otras drogas ilícitas es de aproximadamente 39 por cada 100,000 habitantes a nivel mundial, de las cuales el 90% son por alcohol. Asimismo, es responsables de la pérdida de 13 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) por cada 1,000 habitantes en el mundo (World Health Organization, 2010). ³

El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como

internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. Los estudios epidemiológicos, tanto nacionales como mundiales nos demuestran que este fenómeno es cambiante y se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y con sustancias más dañinas. Se observa además, un aumento en el uso de drogas en la mujer, tanto legales como ilegales. ⁴

En estos últimos tres años, los diversos sistemas de información del país (SISVEA, CIJ) han mostrado que el consumo de cocaína se ha estabilizado, que el consumo de marihuana sigue en aumento, aunque estos aspectos tienen variaciones a nivel regional. Asimismo, en los datos de la encuesta de estudiantes de la Ciudad de México del 2003, se encontró una situación similar. Por ejemplo, hubo un incremento en el consumo de marihuana, un ligero decremento en el consumo de cocaína y, como nueva situación, un repunte en el consumo de inhalables. Por supuesto, que los cambios y comportamientos no son iguales en todo el país. Estas mismas fuentes de información nos señalan que la frontera norte del país tiene un comportamiento diferente, incluso entre ella misma. Mientras que en Matamoros el consumo es menor a las otras ciudades fronterizas, Nuevo Laredo, Reynosa y Ciudad Juárez muestran un alto nivel de consumo de cocaína y una alta problemática de consumo de heroína.

Por otra parte, las ciudades fronterizas como Sonora y Baja California también mostraron problemas en el consumo de estas sustancias, pero presentan ya altos índices de consumo de metanfetaminas, tanto en aquellos que asisten a un servicio de salud en adicciones, como en la población abierta y escolar de la entidad. Incluso en el caso de Sonora está documentado un alto porcentaje de esta sustancia en la ciudad capital. Esto coincide con lo que pasa en los Estados Unidos de Norteamérica, donde el mercado natural de las metanfetaminas es California junto con algunos condados de Arizona. Otro elemento relevante en la frontera es que el consumo en Ciudad Juárez ha alcanzado los niveles de Tijuana y la principal contribución viene del rango de los menores de edad entre los 12 y los 17 años, de manera que estas dos ciudades son las de mayor consumo de sustancias en el país, aun por encima de la Ciudad de México. ⁵

A nivel mundial, el consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas años productivos de muchas personas. En el 2012, se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas. Esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. Aunque es cálculo es inferior al del 2011, dicha reducción puede atribuirse al número menor de fallecimientos que indicaron algunos países de Asia. Se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3.5% al 7.0% de la población de entre 15 y 64 años de edad, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetaminico. ⁶

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, inhalar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor etc. Son ejemplos conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando, sin embargo junto con las anteriores destacan la adicción a nuevas drogas como son las de diseño que en los últimos años ha mostrado un aumento importante en todo el mundo (Becoña, 1998b). A lo largo de la historia de la humanidad, se sabe de la utilidad del alcohol y de los productos derivados de las plantas naturales como el tabaco, la marihuana, la amapola y la erythroxyton de coca. Durante el siglo XIX se aisló la cocaína y la morfina y se sintetizó la diacetilmorfina (heroína); se inventó la máquina fabricante de cigarrillos, con lo que se automatizó un proceso que anteriormente se hacía a mano, abaratando así este producto. Actualmente, es un fenómeno por demás conocido el uso legal o ilegal de sustancias adictivas por personas de todos los niveles sociales.

En muchos países, es un problema complejo que se transforma conforme evolucionan la mercadotecnia, la tecnología y la reputación de las diversas sustancias. ⁷

El tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción provocan problemas sanitarios graves, tanto a nivel físico y psíquico de los individuos, como a nivel social.

El tabaquismo se asocia con alrededor de 25 enfermedades, entre ellas varios tipos de cáncer, trastornos cardíacos y vasculares; embarazos interrumpidos; bajo peso al nacer; aumento de la mortalidad infantil, etc. En cuanto al riesgo social, la contaminación del ambiente expone al riesgo de enfermedades a los fumadores pasivos. También se asocia con participación en peleas y en relaciones sexuales no protegidas. El cigarrillo se considera una "droga de iniciación", lo que significa que su consumo suele preceder al consumo de alcohol o de drogas ilícitas según el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de EE.UU. (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), el alcohol mata a una persona cada 33 minutos y provoca daños no letales cada 2 minutos. En cuanto al uso habitual de drogas ilícitas, se asocia a problemas psiquiátricos, como depresión, ansiedad y desórdenes de personalidad antisocial; contribuye directamente y de modo indirecto a la epidemia de HIV y, junto con el uso de alcohol, contribuye considerablemente a la morbilidad y mortalidad infantil.⁸

El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad que afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean, es evidente, aunque el adolescente a veces no es consciente de las consecuencias. Los profesionales de Atención Primaria (AP) tenemos una situación privilegiada, tanto con los adolescentes y jóvenes como con sus familias, para poder desarrollar una labor preventiva, de detección precoz y terapéutica. El grupo de expertos del PAPPS recomienda preguntar periódicamente y registrar en la historia clínica el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas al menos una vez al año.⁹

La adolescencia es una etapa de la vida muy vulnerable para el consumo de tóxicos, en parte por un espíritu "experimentador" y, por otro lado, por las particulares normas sociales y grupales existentes. El consumo de tóxicos forma parte del ocio, del tiempo libre de nuestros jóvenes, sobre todo, durante los fines de semana. Es un fenómeno multifactorial en el que intervienen factores individuales, familiares y del entorno. Asistimos a un mundo globalizado en el que Internet ha adquirido una

tremenda influencia, al igual que en otros campos de nuestra actividad, como es el movimiento anti vacunas. Son los propios adolescentes los que nos sitúan, a los profesionales de Atención Primaria, en un primer lugar como interlocutores de referencia a la hora de informarse sobre drogas según la última encuesta escolar que hace el ministerio de Sanidad (ESTUDES, 2008). Los profesionales de Atención Primaria tenemos una situación privilegiada, tanto con los adolescentes y jóvenes como con sus familias, para poder desarrollar una labor preventiva a diferentes niveles. ¹⁰

El consumo de drogas, y las consecuencias que lleva aparejado, constituye un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto. Droga es toda sustancia capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, de cambiar el comportamiento de la persona. Por ello, hay que considerar según esta definición tanto las drogas de uso legal (el tabaco, el alcohol y los hipnosedantes), como las de uso ilegal (como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.). Las cifras sobre consumo que publican los organismos especializados de Naciones Unidas, de la Unión Europea y del plan Nacional sobre Drogas, no dejan lugar a dudas. Un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consumen estas sustancias. Muchos inician su consumo en la edad pediátrica. Algunos no pasarán de la experimentación, pero otros consumirán drogas de forma regular desarrollando abuso o dependencia. El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad que afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean, es evidente, aunque el adolescente a veces no es consciente de las consecuencias.

¹¹

Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2.5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes. El consumo

de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo. Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol puede tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias; además, pueden afectar gravemente a la vida comunitaria. El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención. También están surgiendo indicios de que dicho uso contribuye a aumentar la carga de morbilidad relacionada con enfermedades transmisibles como, por ejemplo, la tuberculosis y la infección por el VIH/SIDA.¹²

En el año 2004, el 81% de los estudiantes de 14 a 18 años había bebido alcohol en el último año y el 65,6% en el último mes. El consumo intenso expresado como la frecuencia de borracheras en los últimos treinta días es del 34,8%, es decir uno de cada tres escolares se habían emborrachado al menos una vez en los treinta días previos. Por otra parte el análisis comparativo de las dos últimas encuestas sobre drogas realizadas en España en la población escolar indica que el porcentaje de consumo de alcohol en los últimos treinta días se ha incrementado en casi diez puntos, pasando del 55% en 2002 al 64% en el 2004.¹³

El modelo de crecimiento dentro del grupo siguiendo el modelo planteado por Jennifer Maggs¹ encamina al adolescente hasta la etapa adulta a través de etapas a las que este llega planteándose metas y acciones para alcanzar las mismas, y etapas intermedias.

En este proceso influyen otros factores, como el entorno de cada uno con sus diferentes tipos de refuerzos de conductas, las propias creencias del adolescente acerca de la salud y los riesgos de hacer esto o aquello y también sus ventajas. Todo ello va modelando la conducta. Influirán también sus predisposiciones individuales, temperamento, carácter, factores de tipo genético, etc. Naturalmente, cada adolescente deberá afrontar retos, oportunidades y circunstancias estresantes mediante el debido ajuste psicológico y social.

Todo ello llevará al adolescente a realizar un balance cuando menos implícito de la decisión a tomar en función de los pros y los contras. En el caso del consumo de

alcohol (CA), el adolescente se enfrentará tarde o temprano con el dilema que plantea. Esta situación se produce en nuestro medio entre los 13 y los 14 años. ¹⁴

Existen algunas motivaciones que condicionan al adolescente y al joven a la hora de tomar la decisión sobre el consumo de sustancias:

- Ser aceptado por el grupo.
- Autoestima baja en combinación con la necesidad de ser aceptado por el grupo.
- Creer que beber es divertido.
- Creer que tiene peligros.
- Sexo masculino.
- Tolerancia de los padres hacia el consumo.
- Consumo de padres y hermanos mayores.
- Consumo de amigos íntimos.
- Percepción errónea del consumo de otros.
- Cultura familiar.
- Lazos emocionales fuertes con profesores.
- Problemas económicos graves.
- Trastornos de salud mental. ¹⁵

El aumento del consumo de sustancias de abuso, el policonsumo, la baja percepción del riesgo por parte de los jóvenes y la consideración de estos consumos en el contexto de una cultura de ocio y diversión constituyen serios problemas para la salud actual y futura de nuestros adolescentes. El pediatra de Atención Primaria (AP) goza de una posición privilegiada por los frecuentes contactos con el niño en crecimiento y su familia. La prevención del consumo de sustancias de abuso debe realizarse de una forma integral e inespecífica, como prevención de conductas de riesgo, durante la infancia y adolescencia. ¹⁶

Se debe tener presente que la adolescencia tiene unas características especiales. Cuanto antes se empieza con el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso; los jóvenes son menos capaces que los

adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a todos sus problemas; además, en la actualidad la experiencia es muy distinta a décadas anteriores: el número de los que prueban es mayor y aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología se confunde. Incluso las sustancias conocidas son diferentes, la marihuana de los años 70 contenía menos del 0,2% de THC (delta-9-tetrahydro-cannabinol) y en la actualidad se ha aumentado entre 5-15 veces. Igualmente, al iniciar el consumo, no hay señales ni síntomas que les haga a los jóvenes acudir a la consulta médica, sólo acuden generalmente al servicio de urgencia como consecuencia del abuso y de la dependencia.

Por ello, al inicio es difícil que acudan a la consulta médica y que acepten ayuda. Aunque la mayoría de los jóvenes que experimentan con drogas no avanzan a niveles graves, el tabaco y el alcohol se consideran las drogas de entrada hacia drogas ilegales. Se ha observado que los adolescentes que fuman tabaco tienen 16 veces más probabilidades de consumir grandes cantidades de bebidas alcohólicas y 11,4 veces más probabilidades de consumir drogas ilegales. El abuso de drogas altera la dinámica de las relaciones sociales y conduce a la toma de decisiones violentas. Además, se asocia a un aumento del riesgo de exposición a violencia, llevar armas, y mayor posibilidad de homicidio entre los adolescentes y bandas callejeras. Un inicio precoz del uso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de abuso de la violencia que suele continuar en la edad adulta. El uso de drogas tiene una gran relación con la violencia juvenil. Determinadas formas de beber pretenden una pérdida rápida del control, y de esta forma es fácil que se instauren entretenimientos destructores de grupo, sin ninguna inhibición ni norma. Algunos usos de pastillas y de sustancias de diseño hacen sentir al joven una mayor potencia y ganas de acción, sin límites y sin inhibición. ¹⁷

La adolescencia y la juventud son etapas vitales asociadas con el debut en el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el tabaco, y también con el incremento de problemas de salud mental. La mayor parte de los trastornos mentales aparecen antes de los 25 años de edad y, entre ellos, los del espectro depresivo y ansioso adquieren un carácter central por sus implicaciones clínicas y

sociales, como suicidio, desajuste social, cronicidad, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno mental severo en la vida adulta (Birchwood y Singh, 2013). Se calcula que la prevalencia de vida entre los 13 y los 18 años es de 14,3% para los trastornos del estado de ánimo y de 31,9% para los trastornos de ansiedad (Merikangas et al., 2010). Esta estimación tiene en cuenta exclusivamente los casos de trastorno franco, a los que debemos adicionar los estados de malestar subclínicos (Balázs et al., 2013). Los síntomas depresivos y/o ansiosos y el consumo de tabaco son dos fenómenos que están asociados entre sí, pero cuya relación ha sido objeto de polémica.

Por un lado, existe evidencia de una asociación bidireccional en diversos estudios (Audrain-McGovern, Rodríguez y Kassel, 2009; Steuber y Danner, 2006) y una revisión sistemática ha mostrado que sufrir depresión predice el hábito tabáquico (1.41, IC 95%: 1.21, 1.63) y, a la vez, que fumar predice la aparición de síntomas depresivos (1.73 IC 95%: 1.32, 2.40) (Chaiton, Cohen, Loughlin y Rehm, 2009). Algunas investigaciones han reforzado las hipótesis de la automedicación (self-medication) (Audrain-McGovern et al., 2009) y del stress-coping-model (Hrubá y Zaloudíková, 2010) como modelos explicativos de la asociación entre depresión/ansiedad y hábito tabáquico, indicando que los individuos afectados por trastornos o malestares de este espectro fumarían para resolver y/o regular sus estados emocionales. Es sabido que los receptores de acetilcolina nicotínicos (nAChRs) son el principal objetivo de la nicotina. Mediante los nAChRs, la nicotina tiene un efecto en neurotransmisores como la serotonina que modula la respuesta a la depresión y el stress (Mienur y Picciotto, 2010). Tanto la nicotina como los agentes nicotínicos reducen los síntomas depresivos, explicando el fenómeno de la automedicación y generando comorbilidad (Weinberger, MCKee, Picciotto y Mazure, 2011). En consonancia con este argumento, algunas investigaciones indican que los adolescentes con depresión mayor presentan una frecuencia más elevada de consumo de tabaco y mayor dependencia nicotínica en comparación con los no afectados.

La existencia de síntomas subclínicos de depresión, por su parte, predice la iniciación temprana al consumo, la progresión a ser fumador habitual y el aumento

en el número de cigarrillos fumados diariamente (Escobedo, Reddy y Giovino, 1998; Fergusson, Goodwin y Horwood, 2003).¹⁹

El alcohol es una de las psicoactiva más consumida las sustancias en el mundo, especialmente entre los jóvenes y adolescentes, entre quienes consumo excesivo de alcohol es cada vez más frecuente, sobre todo en el caso de los jóvenes de 15 a niños de 24 años, cuya consumo de alcohol en los últimos 12 meses es alta (78.5%) (OEDT, 2012). En general, los hombres muestran una mayor prevalencia del consumo de alcohol que las mujeres, pero estas diferencias son menos marcada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, debido a los números crecientes de las niñas que beben en muchos países. En España, el alcohol el consumo en la adolescencia es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (14 a 18 años de edad) (Observatorio Español Sobre Drogas, 2013). Como consecuencia, el nivel de consumo de alcohol entre los adolescentes europeos ha crecido lentamente pero de forma continua en los últimos años (Chávez, Nelson, Naimi, & Brewer, 2011; Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, y Kraus, 2007; Sánchez Pardo, 2002).

La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio español de Salud definió el consumo de alcohol de riesgo como más de 2,5 unidades de bebida estándar (25 g de alcohol) para mujeres y hacia arriba de 4 unidades de bebida estándar (40 g de alcohol) para hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Consumo de la misma cantidad de alcohol en hombres y mujeres produce una concentración significativamente menor de alcohol en sangre (BAC) en el sexo primero, debido a la tasa de metabolismo más bajo de las mujeres y su mayor sensibilidad a este medicamento (Courtney y Polich, 2009). Del mismo modo, los estudios en animales muestran que las mujeres son más vulnerables que los hombres a la neurotóxico / neuroinflamatoria efectos del etanol, el apoyo a la idea de que las mujeres son más susceptibles que los hombres a las consecuencias médicas de alcohol abuso (Alfonso-Loeches, Pascual, y Guerri, 2013). De hecho, junto con la falta de estudios de la vida social femenina adolescente bebedores, hacen de este último grupo una

población de riesgo en los que los efectos del alcohol deben ser estudiados de una manera más exhaustiva forma de acuerdo con el patrón de consumo (ingesta aguda de una dosis alta y una historia consumo a largo plazo). El etanol produce una amplia variedad de conductual y fisiológica efectos en el cuerpo, pero exactamente cómo actúa para producir estos efectos aún es poco conocido (Harris, Trudell, Y Mihic, 2008). El alcohol deteriora el funcionamiento de una variedad de dominios en todo el ciclo de vida (Espert y Gadea, 2012), incluyendo el desarrollo del cerebro (Guerri y Pascual, 2010), atencional procesamiento (Marinkovic, Rickenbacher, Azma, y artsy, 2012), la memoria (Squeglia, Schweinsburg, Pulido, y Tapert, 2011), el rendimiento académico (Inglés, Torregrosa, Rodríguez-Marín, García del Castillo, Gázquez, García-Fernández Y Delgado, 2013), y el rendimiento del motor (Marczinski, Fillmore, Henges, Ramsey, & Young, 2012; Modig, Fransson, Magnusson, y Patel, 2012), y que altera los parámetros fisiológicos, así como la ansiedad (Vinader-Caerols, Monleón, Carrasco, Y Parra, 2012).²⁰

3. Justificación:

El consumo de drogas legales e ilegales, es uno de los problemas que enfrenta México en materia de salud y bienestar social. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en adolescentes y jóvenes de cualquier estrato social y de todas las regiones. Este estudio se realiza debido al incremento de consumo de sustancias, que se vive actualmente en nuestro país, para detectar y cuantificar el consumo de alcohol, tabaco y sustancias (cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes) en jóvenes de 20 a 29 años adscritos a la unidad de medicina familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua y como segundo objetivo identificar a los jóvenes que consumen de manera riesgosa o dañina para la salud.

4. Planteamiento del problema

El consumo de drogas es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. En México incide principalmente en adolescentes y jóvenes. Debido a esto, es trascendental detectar el inicio de consumo alcohol, tabaco y otras sustancias como cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes. Uno de esos conflictos ciudadanos es el del uso, el abuso y la adicción a las drogas que ha modificado de manera sustancial las conductas y los comportamientos sociales de los habitantes. El abuso de drogas, que tan graves problemas ha acarreado no sólo a los que las ingieren desmedidamente sino también a sus familias, a la economía, a la sociedad y en general, a la humanidad, no es un fenómeno nuevo en la historia. Los costos sociales son considerables y, como ocurre en otros países de la región, la violencia es la característica dominante en el mundo de las drogas, viéndose incrementada a partir de 2008. Se requiere de más investigación psicosocial y cultural así como epidemiológica para conocer la magnitud real en términos de incidencia y prevalencia del consumo de drogas en México. Así mismo, más acciones deben llevarse a cabo para la formación y capacitación de cuadros expertos en la investigación y en la prevención, aunque también el tratamiento y la rehabilitación, son tareas que no deben postergarse, sobre todo ante la ausencia de políticas oficiales al respecto: recordemos que consumir drogas, es una forma de deshacer una ciudad. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. No obstante, estas cifras elevadas incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año. Es importante, pues, también disponer de estimaciones del número de personas que son consumidores “problemáticos” de drogas o grandes consumidores. Este grupo representa el mayor consumo de drogas todos los años; probablemente sean drogo dependientes, se beneficiarían mediante tratamiento y es posible que su nivel de consumo tenga importantes consecuencias para la salud pública y el

orden público. Según las estimaciones de la UNODC en 2007 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años.

5. Pregunta de investigación

¿Cuál es el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias como cannabis, cocaína, Anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años Unidad de Medicina Familiar No. 27 Lázaro Cárdenas?

6. Hipótesis

Existe consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias como cannabis, cocaína, Anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años en la unidad de medicina familiar No. 27 Lázaro Cárdenas.

6.1 Hipótesis nula

No existe consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias como cannabis, cocaína, Anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años en la unidad de medicina familiar No. 27 Lázaro Cárdenas.

7. Objetivos

7.1 Objetivo general:

Se detectó consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

7.2 Objetivos específicos:

Se detectó consumo de tabaco en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de alcohol, en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de cannabis en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de cocaína en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de anfetamina en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de inhalantes en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de alucinógenos en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de opiáceos en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo de sedantes en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Se detectó consumo perjudicial de alcohol, tabaco y otras sustancias, en jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

8. Material y métodos:

8.1. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal

8.2. Población, lugar y tiempo de estudio: Pacientes jóvenes de 20 a 29 años de edad, que ingresaron al servicio de medicina familiar de la unidad de medicina familiar #27 de 01 de Agosto del 2015 a 31 de del Diciembre 2015.

8.3. Criterios de selección: Pacientes jóvenes de 20 a 29 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas

8.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes jóvenes de 20 a 29 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 27
- Pacientes jóvenes de 20 a 29 años que aceptaron a participar en el estudio.

8.3.2. Criterios de exclusión:

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Pacientes con edad menor de 20 años

Pacientes con edad mayor de 29 años

8.3.3. Criterios de eliminación:

Pacientes con cuestionario incompleto.

8.4. Variables

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR
CONSUMO DE SUSTANCIAS	Se refiere a la auto-indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona que lo realiza o el bienestar de otros	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron sustancias adictivas	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO

VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR
TABACO	Es una planta que presenta propiedades narcóticas gracias a un alcaloide denominado nicotina y que se utiliza para fumar, masticar o aspirar. Tiene efectos	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron tabaco	Cualitativa	Dicotómica	1.- SI 2.- NO
ALCOHOL	Es una droga psicoactiva para los seres humanos	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron alcohol	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO

CANNABIS	Es una especie herbácea de la familia Cannabácea, con propiedades psicoactivas	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron cannabis	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO
COCAINA	Sustancia potente estimulante del sistema nervioso central que produce aumento del estado de alerta, sentimientos intensos de euforia, produce inhibición del apetito y de la necesidad de dormir.	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron cocaína	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO
ANFETAMINAS	Es un agente adrenérgico sintético, potente estimulante del sistema nervioso central	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron anfetaminas	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO

<p>INHALANTES</p>	<p>Hidrocarburos solventes volátiles que se obtienen del petróleo y del gas natural, que tienen efectos psicotrópicos similares a los de otras sustancias sedantes e hipnóticos, generalmente producen distorsiones sensoriales y perceptuales temporales.</p>	<p>Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron inhalantes</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>1. SI 2. NO</p>
<p>ALUCINOGENOS</p>	<p>Sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad. Suelen provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales.</p>	<p>Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron alucinógenos</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>1. SI 2. NO</p>

OPIACEOS	Derivados naturales y semi-sintéticos de la morfina. Drogas con acción farmacológica similar al opio o a la morfina, las que pueden clasificarse más apropiadamente bajo el término opioide	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron opiáceos	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO
SEDANTES	Es una sustancia química que deprime el sistema nervioso central (SNC)	Para fines de este estudio se tomó como positivo aquellas personas que consumieron sedantes	Cualitativa	Dicotómica	1. SI 2. NO
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Para fines de este estudio se tomaron rangos de edad por quinquenio	Cuantitativa	Ordinal	a) 20-24 años b) 25-29 años
GENERO	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer	Para fines de este estudio se captó el género referido por el paciente en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	a) Masculino b) Femenino

8.5. Tipo y tamaño de muestra:

Se estudiaron a 100 pacientes jóvenes en el rango de edad de 20 a 29 años que mediante la aplicación de cuestionario ASSIST, se detectó el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes

8.6. Calculo del tamaño de la muestra:

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.07)(0.93)}{(0.05)^2} = \frac{0.2500}{0.0025} = 100$$

9. Análisis estadístico

Se llevó cabo un análisis informativo y descriptivo según el grupo estudiado, en las variables cuantitativas se informó el promedio y la desviación estándar y en las cualitativas la n y la proporción. Se consideró una diferencia significativa cuando el valor de p sea <0.05. El análisis estadístico se realizara con el programa de procesamiento estadístico SPSS versión 21

10. Técnicas y Procedimientos:

Se identificó a los pacientes jóvenes de 20 a 29 años adscritos a la unidad de medicina familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua, que acudieron al servicio de medicina familiar a los que se les aplicó el cuestionario ASSIST, el cual es una prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Posteriormente se revisaron y analizaron los cuestionarios de ASSIST, se realizó una base de datos y posteriormente el análisis estadístico de los resultados.

11. Consideraciones Éticas

Durante el desarrollo del estudio de la investigación, los principios éticos fundamentales, en cuanto a la conducta a seguir, se aplican eficazmente, realizándose esta investigación bajo consentimiento informado del personal y pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #27 y basándose en los principios para toda investigación médica establecidas en la declaración de Helsinki del 11 al 30, así como el principio 31 aplicable cuando la investigación se combina con la atención médica. Esta investigación no implicó riesgos para los sujetos a estudio, ya que fue de tipo descriptivo/observacional.

El presente trabajo e investigación fue puesto a consideración al Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social para su análisis, recomendaciones y correcciones pertinentes. Se utilizó la carta de consentimiento informado a los participantes, al momento de ser detectados en la institución, por lo que consideramos incluir una carta de consentimiento informado para la investigación, este protocolo fue llevado conforme a la atención rutinaria, sin agregar algo adicional. Nos apegamos al artículo 17 del reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

Factibilidad

El presente trabajo fue factible, debido a que únicamente se basó en los datos recabados del instrumento ASSIST aplicados a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas, y por ser de tipo observacional, donde únicamente se observaron los resultados o características de los pacientes, no se intervino con el resultado.

Recursos Humanos y físicos

Recursos humanos:

- Investigador
- Tutores
- Pacientes de la unidad de medicina familiar #27 Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua.

Recursos físicos:

- Unidad de Medicina Familiar #27 Lázaro Cárdenas.

Recursos Financieros:

- Gasto total \$1500.00
- Desglose \$ 500.00 Gasolina
- \$ 250.00 Copias e impresiones
- \$ 500.00 Encuadernado

12. Resultados

Se estudiaron un total de 100 jóvenes de la UMF 27 (Ver Tabla 1), de los cuales 46 (46%) tenían 26 a 29 años (Ver Grafica 1), 83 (83%) eran mujeres (Ver Grafica 2) con una relación mujer: hombre 4.9:1. 45 (45%) pacientes han consumido tabaco, 97 (97%) alcohol, 2 (2%) cannabis, 9.1 (9.1%) cocaína y 9.6 (9.6%) sedantes. En cuanto a la frecuencia en los últimos 3 meses de tabaco 6 (6%) lo hacían 1 a 2 veces, para alcohol 21 (21%) semanalmente, para cocaína 2 (2%) 1 o 2 veces; para sedantes 2 (2%) 1 o 2 veces.

En cuanto a la frecuencia con que ha causado problemas el consumo del tabaco y alcohol en 1 (1%) pacientes ocasiono 1 o 2 veces. En cuanto a si un conocido ha mostrado preocupación por sus hábitos, en el tabaco 2 (2%) pacientes han tenido en los últimos 3 meses, para el alcohol 10 (10%) en los últimos 3 meses, para los sedantes 1 (1%) no en los últimos 3 meses.

Tabla 1. Características pacientes de la UMF 27, IMSS.

Característica	Frecuencia n, (%)
Edad	
20 a 22 años	31, (31)
23 a 25 años	23, (23)
26 a 29 años	46, (46)
Sexo	
Masculino	17, (17)
Femenino	83, (83)
Consumo tabaco	
Si	45, (45)
No	55, (55)
Consumo alcohol	
Si	97, (97)
No	3, (3)
Consumo cannabis	
Si	2, (2)
No	98, (98)
Consumo cocaína	
Si	91, (91)
No	9, (9)

Consumo sedantes	
Si	96, (96)
No	4, (4)
Frecuencia tabaco últimos 3 meses	
Nunca	91, (91)
1 a 2 veces	6, (6)
Diario o casi	3, (3)
Frecuencia consumo alcohol últimos 3 meses	
Nunca	26, (26)
1 o 2 veces	36, (36)
Mensualmente	12, (12)
Semanalmente	21, (21)
Diario o casi	5, (5)
Frecuencia consumo cocaína últimos 3 meses	
Nunca	98, (98)
1 o 2 veces	2, (2)
Frecuencia consumo sedantes últimos 3 meses	
Nunca	97, (97)
1 o 2 veces	2, (2)
Diario o casi	1, (1)
Frecuencia ansia o deseo consumir tabaco últimos 3 meses	
Nunca	98, (98)
Semanalmente	1, (1)
Diario o casi	1, (1)
Últimos 3 meses con que frecuencia le ha causado problemas el consumo de tabaco	
Nunca	99, (99)
1 o 2 veces	1, (1)
Últimos 3 meses con que frecuencia le ha causado problemas el consumo de alcohol	
Nunca	99, (99)
1 o 2 veces	1, (1)
Un conocido ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de tabaco	
Nunca	98, (98)
En los últimos 3 meses	2, (2)

Un conocido ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de alcohol

Nunca	90, (90)
En los últimos 3 meses	10, (10)

Un conocido ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de sedantes

Nunca	99, (99)
Si pero no en los últimos 3 meses	1, (1)

Ha intentado reducir o eliminar el consumo de tabaco

Nunca	8, (98)
En los últimos 3 meses	2, (2)

Ha intentado reducir o eliminar el consumo de alcohol

Nunca	87, (87)
En los últimos 3 meses	13, (13)

Ha intentado reducir o eliminar el consumo de sedantes

Nunca	99, (99)
En los últimos 3 meses	1, (1)

Gráfica 1. Edades pacientes UMF 27.

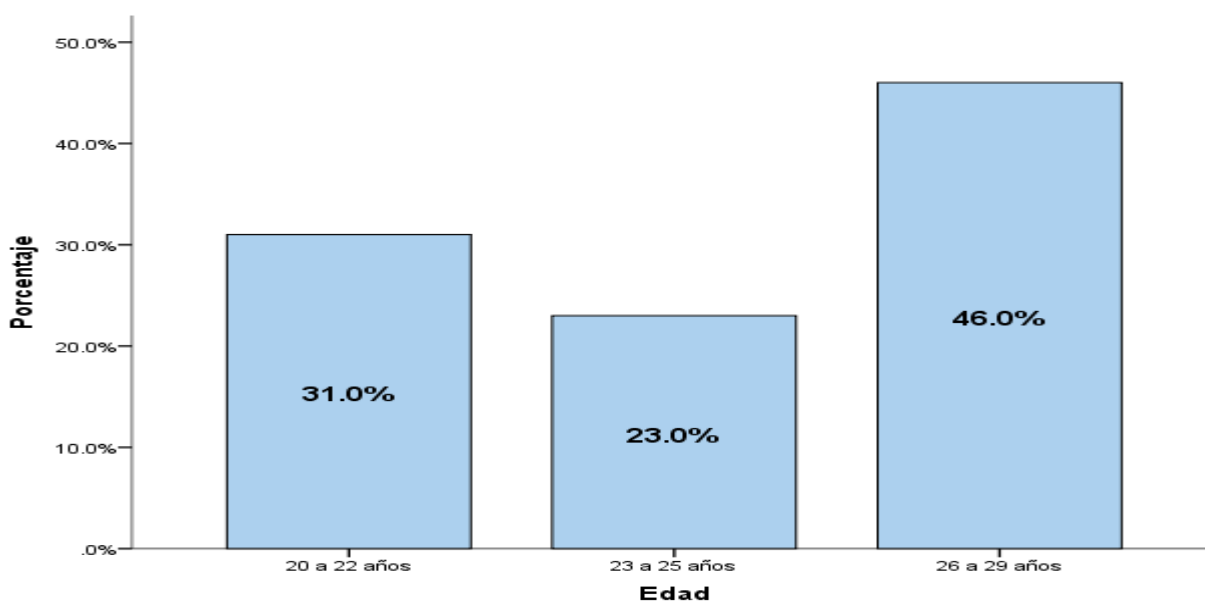
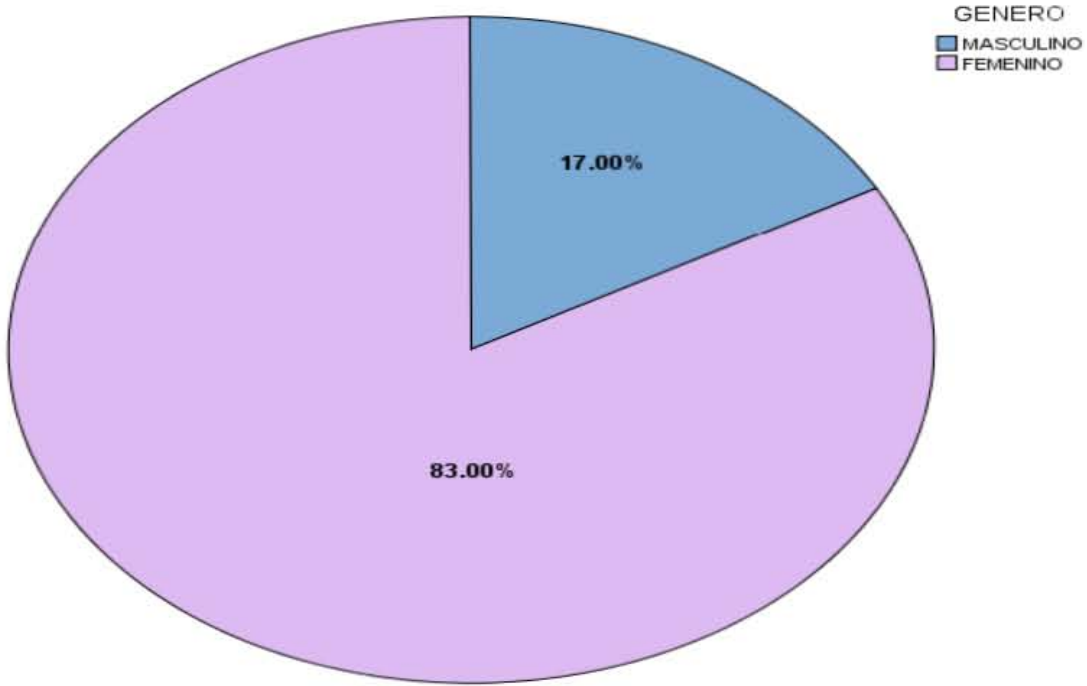


Gráfico 2. Género pacientes UMF
27.



13. Discusion

El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social. Por un lado, ciertas características de este periodo evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas. Por otro, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida. En cuanto a la prevalencia del uso de drogas en los adolescentes, se encuentra en primer lugar el consumo de alcohol con el 58.2%, seguido de cannabis 34.9%, cigarrillos 15.9%.

Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, con tasas de adolescentes que las han probado del 76% y 34% respectivamente, b) el consumo de alcohol y el de tabaco presentan la mayor continuidad o fidelización, c) el consumo de alcohol se concentra los fines de semana, d) el patrón de consumo de alcohol es experimental u ocasional, vinculado principalmente a contextos lúdicos, e) las chicas consumen alcohol, tabaco y tranquilizantes, con más frecuencia pero en menor cantidad, mientras que los chicos consumen drogas ilegales en mayor proporción, f) el éxtasis es la sustancia psicoestimulante con mayor porcentaje de consumidores habituales (2,5%).

De acuerdo con la encuesta del Observatorio Español sobre Drogas (2000), el 76% y el 89% de los escolares que habían probado el alcohol o el tabaco volvieron a consumir estas sustancias en los últimos treinta días, lo que no concuerda con lo encontrado ya que para tabaco fue del 9%, pero para el alcohol si concuerda.

En cuanto a los problemas derivados por el abuso del alcohol, es complejo determinar cuándo resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo. Según la encuesta sobre drogas, el 28,5% de los escolares ha sufrido alguna repercusión negativa del consumo de alcohol, principalmente problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares; lo que no concuerda con la literatura.^{21,22}

Debido a que el consumo de drogas es multifactorial en futuros estudios se deben determinar en qué medida una variable puede incidir sobre las demás desencadenando el proceso adictivo. Este es el problema más espinoso con el que nos encontramos en la actualidad.

14. Conclusiones

En la población donde se consume más drogas es en el grupo de 26 a 29 años. Se encontró que el 96.38% de las mujeres alguna vez consumieron o consumen alguna droga y el 100% de los hombres encuestados consumieron o consumen alguna droga.

El 45% de los pacientes consumen tabaco, el 97% alcohol y 9.6% sedantes. Esta información debe servir como medio para reproducir los estudios y que sean informativos para la sociedad, para que de esta manera se implementen medidas tanto de prevención como de capacitación para evitar las adicciones.

15. Referencias bibliográficas

1. Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio P. Pérez Moreno, N. Calzada Álvarez, J. Rovira
Guardiola y E. Torrico Linares. Trastornos Adictivos. 2012;14(2):44- 49
2. El mundo de las Drogas en México y el camino por recorrer The Drug Scene in México and the Road Ahead María Elena Medina-Mora, Tania Real National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, México. adicciones vol. 25, nº 4 · 201.
3. Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).Gonzalo Soto-Brand, Rodrigo Portilla Huidobro, David Huepe Artigas, Álvaro Rivera Reí, María Josefina Escobar, Natalia Salas Guzmán, Andrés Canales-Johnson. Agustín Ibáñez, Claudio Martínez Guzmán, Álvaro Castillo-Carniglia. Adicciones, 2014 · vol. 26 núm. 4
4. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Publicación Especial. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Resultados Nacionales
5. Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán F. et al (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental
6. United Nations Office on Drugs and Crime UNODC, World Drug Report 2014 (United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13). Consultado: 23 de Mayo de 2015, <http://www.unodc.org/wdr2014/>
7. Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología (2010). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Reporte Nacional 2008.

Secretaría de Salud. México Consultado: 23 de Mayo de 2015.

En:

www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../P_EPI_DE_LAS_ADICCIONES_EN_MEXICO_2010.pdf

8. Dres. Irene Paulone y Carlos A. Candiotti Consumo de sustancias adictivas en adolescentes escolarizados (2006) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. E. Coni" (Ministerio de Salud de la Nación, ANLIS). Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe, Programa de Control de Tabaquismo.
9. Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urutí A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. Rev. Pediatría Aten Primaria. 2014
10. Benítez Rubio MR, Amorós Benítez C. Prevención del consumo de tóxicos (1.^a parte): ¿qué sustancias consumen nuestros adolescentes? Form Act Pediatr Aten Prim. 2011
11. Molina R. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en la adolescencia. Pediatría Integral. 2013
12. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Organización Mundial de la Salud. 2010
13. Moya C. Consumo de alcohol en los jóvenes. Evid Pediatr. 2007
14. Galbe Sánchez-Ventura J, Traver Cabrera P, Grupo PrevInfad GP. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2012
15. Benítez Rubio M R. Prevención del consumo de tóxicos (2.^a parte): intervención del profesional de Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim. 2012
16. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro MI, Montón Álvarez JL. Intervención del pediatra de Atención Primaria en la prevención del consumo de

sustancias de abuso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 3: S91-111.

17. M.I. Hidalgo Vicario, J. Júdez Gutiérrez. Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas Pediatr Integral 2007.
18. P. Sayans Jiménez, F. Fernández Calderón, C. Vidal Ginés y A. J. Rojas Tejada Trastornos Adictivos. Aplicación de un modelo politómico de TRI al test ASSIST para el estudio de sus propiedades métricas 2012;14(2):50- 57
19. Natàlia Carceller-Maicas; Santiago Ariste; Ángel Martínez Hernáez; María-Antonia Martorell-Poveda; Martín Correa-Urquiza; Susan M. DiGiacomo. El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. Adicciones, 2014; volumen 26, núm. 1, págs. 34-45.
20. Concepcion Vinader-Caerols, Santiago Monleón, Andrés Parra. Efectos fisiológicos y psicológicos de una alta dosis de alcohol en hombres y mujeres jóvenes. Adicciones, 2014; vol. 26 núm. 3, págs. 238-246.
21. Rigotti NA, e-Cigarette use and subsequent tobacco use by adolescents: new evidence about a potential risk of e-cigarettes. JAMA. 2015; 314(7):673-674.
22. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Jose P. Espada, Xavier Mendez, Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Botvin. Papeles del psicólogo, 2003; 84; 9-17.

16. Anexos

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST versión 3.1) Fecha: _____ Edad: _____

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?			2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)					
	No	Sí		Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	No	Sí						
b. Bebidas alcohólicas	No	Sí						
c. Cannabis	No	Sí						
d. Cocaína	No	Sí						
e. Estimulantes de tipo anfetamina	No	Sí	a. Tabaco	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	No	Sí	b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	No	Sí	c. Cannabis	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	No	Sí	d. Cocaína	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	No	Sí	e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique)	No	Sí	f. Inhalables	0	2	3	4	6
			g. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
			h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
			i. Opiáceos	0	2	3	4	6
			j. Otros (especifique)	0	2	3	4	6
Si todas las respuestas son negativas, pregunte: ¿Tampoco cuando era estudiante?								
Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.								
Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.			Si la respuesta es " nunca " en todas las secciones, pase a la pregunta 6. Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas 3,4 y 5 para cada sustancia.					

3. <u>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?</u>						4. <u>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</u>					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi		Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	3	4	5	6	a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6	b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	3	4	5	6	c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	3	4	5	6	d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	3	4	5	6	e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	3	4	5	6	f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6	g. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6	h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	3	4	5	6	i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros (especifique)	0	3	4	5	6	j. Otros (especifique)	0	4	5	6	7

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda, etc.)	6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)								
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses	
a. Tabaco	0	5	6	7	8	a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8	b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	5	6	7	8	c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	5	6	7	8	d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	5	6	7	8	e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	5	6	7	8	f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8	g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8	h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	5	6	7	8	i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	5	6	7	8	j. Otros (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).	Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).
--	--

7. Ha intentado <u>alguna vez</u> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses	8. ¿ <u>Alguna vez</u> ha consumido alguna droga por vía inyectada?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses			
a. Tabaco	6	3	(Marque la casilla correspondiente)						
b. Bebidas alcohólicas	6	3							
c. Cannabis	6	3							
d. Cocaína	6	3							
e. Estimulantes de tipo anfetamina	6	3	Cuatro días o menos por mes en promedio, durante los últimos tres meses.	→	Intervención Breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección				
f. Inhalables	6	3							
g. Sedantes o pastillas para dormir	6	3				h. Alucinógenos	6	3	
i. Opiáceos	6	3	Más de cuatro días por mes en promedio, durante los últimos tres meses	→	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo				
j. Otros (especifique)	6	3							

Por cada sustancia (rotulada “a” a la “j”) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8. Por ejemplo, una puntuación para cannabis, se calcularía como: **P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada y se calcula como **P2a+P3a+P4a+P6a+P7a**.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención (Consejo Breve)	Requiere Intervención Breve	Tratamiento más Intensivo (PSC/PPR)
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Bebidas alcohólicas		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalables		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otros (especifique)		0 - 3	4 - 26	27 +

16.1 Hoja de recolección de datos

 		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL					
						FECHA:	
		NOMBRE:					
		NUMERO SEG. SOCIAL:					
		EDAD:		SEXO:			
<p>1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?</p>							
a. Tabaco	1.No			2.Sí			
b. Bebidas alcohólicas	1.No			2.Sí			
c. Cannabis	1.No			2.Sí			
d. Cocaína	1.No			2.Sí			
e. Estimulantes de tipo anfetamina	1.No			2.Sí			
f. Inhalantes	1.No			2.Sí			
g. Sedantes o pastillas para dormir	1.No			2.Sí			
h. Alucinógenos	1.No			2.Sí			
i. Opiáceos	1.No			2.Sí			
j. Otros (especifique)	1.No			2.Sí			
<p>Si todas las respuestas son negativas, pregunte: ¿Tampoco cuando era estudiante? Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez</p>							
<p>2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)</p>							
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a.	Tabaco	1. 0
	2. 2	3. 3	4. 4	5. 5	6. 6		
b. Bebidas alcohólicas	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
c. Cannabis	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
d. Cocaína	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
e. Estimulantes de tipo anfetamina	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
f. Inhalables	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
g. Sedantes o pastillas para dormir	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
h. Alucinógenos	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
i. Opiáceos	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
j. Otros (especifique)	1. 0	2. 2	3. 3	4. 4	5. 6		
<p>Si la respuesta es "nunca" en todas las secciones, pase a la pregunta 6. Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas 3,4 y 5 para cada sustancia.</p>							
<p>3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?</p>							
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a.		
Tabaco	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
b. Bebidas alcohólicas	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
c. Cannabis	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
d. Cocaína	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
e. Estimulantes de tipo anfetamina	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
f. Inhalables	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
g. Sedantes o pastillas para dormir	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
h. Alucinógenos	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
i. Opiáceos	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		
j. Otros (especifique)	1. 0	2. 3	3. 4	4. 5	5. 6		

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
b. Bebidas alcohólicas	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
c. Cannabis	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
d. Cocaína	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
e. Estimulantes de tipo arfetamina	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
f. Inhalables	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
g. Sedantes o pastillas para dormir	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
h. Alucinógenos	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
i. Opiáceos	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
j. Otros (especifique)	1. 0	2. 4	3. 5	4. 6	5. 7
5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda, etc.)					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
b. Bebidas alcohólicas	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
c. Cannabis	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
d. Cocaína	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
e. Estimulantes de tipo arfetamina	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
f. Inhalables	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
g. Sedantes o pastillas para dormir	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
h. Alucinógenos	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
i. Opiáceos	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
j. Otros (especifique)	1. 0	2. 5	3. 6	4. 7	5. 8
Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).					
6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)					
	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses		
a. Tabaco	1. 0	2. 6	3. 3		
b. Bebidas alcohólicas	1. 0	2. 6	3. 3		
c. Cannabis	1. 0	2. 6	3. 3		
d. Cocaína	1. 0	2. 6	3. 3		
e. Estimulantes de tipo arfetamina	1. 0	2. 6	3. 3		
f. Inhalables	1. 0	2. 6	3. 3		
g. Sedantes o pastillas para dormir	1. 0	2. 6	3. 3		
h. Alucinógenos	1. 0	2. 6	3. 3		
i. Opiáceos	1. 0	2. 6	3. 3		
j. Otros (especifique)	1. 0	2. 6	3. 3		
Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).					

7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)					
	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses			
a. Tabaco	1. 6	2. 3			
b. Bebidas alcohólicas	1. 6	2. 3			
c. Cannabis	1. 6	2. 3			
d. Cocaína	1. 6	2. 3			
e. Estimulantes de tipo anfetamina	1. 6	2. 3			
f. Inhalables	1. 6	2. 3			
g. Sedantes o pastillas para dormir	1. 6	2. 3			
h. Alucinógenos	1. 6	2. 3			
i. Opiáceos	1. 6	2. 3			
j. Otros (especifique)	1. 6	2. 3			
8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?					
	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses		
(Marque la casilla correspondiente)					

16.2 Cronograma

	01 Marzo 2015											31 Mayo 2016				
	2015											2016				
ACTIVIDAD	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	
Inicio de proyecto	x	x														
Inicio real de estudio		x	x													
1a. Revisión				x												
1a. Corrección				x												
Recolección de datos						x										
Tiraje de cuestionarios						x										
Realización encuestas						x	x	x	x	x						
Captura de datos						x	x	x	x	x						
Resultados preliminares										x						
Entrega trabajo preliminar a medico asesor										x						
Análisis de datos										x	x	x				
Análisis resultados y Conclusiones										x	x	x				
Corrección final												x				
Presentación trabajo en congreso													x	x		
Entrega informe final															x	

16.3 Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Detección de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes en jóvenes de 20 a 29 años mediante la aplicación de cuestionario Asistadsritos a la unidad de medicina familiar #27
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Lázaro Cárdenas, Meoqui, Chihuahua. Agosto del 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se realiza debido al incremento de consumo de sustancias, que se vive actualmente en nuestro país, como objetivo detectar y cuantificar el consumo de alcohol, tabaco y sustancias (cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes), en la unidad de medicina familiar #27.
Procedimientos:	Se aplicara cuestionario ASSIST
Posibles riesgos y molestias:	Que el tiempo de la aplicación del cuestionario dure mas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El agradecimiento por parte del investigador
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara de los resultados de manera personal y confidencial
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	La aplicación del cuestionario, así como resultados serán de manera privada y confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Ofrecer el apoyo o tratamiento oportuno para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y sedantes.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Fabián Guillermo Martínez Cabrera
Colaboradores:	Dra. Erica Cervantes Aldaz y Dr. Juan Carlos Chávez Ávila
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 3304° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

