



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31



TÍTULO DE LA TESIS:

“ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y
TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

NÚMERO DE REGISTRO
R- 2018- 3609- 027

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
CRUZ JUÁREZ MARYSOL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:
LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2018.



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.

**“ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y
TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CRUZ JUÁREZ MARYSOL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DR. JOSÉ LUIS MONTES CERVANTES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 31, IMSS**

**DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N0. 31, IMSS**

**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 31, IMSS.**

ASESOR DE TESIS

**DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N0. 31, IMSS**

**“ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y
TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

CRUZ JUÁREZ MARYSOL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31

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

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

9/2/2018

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061**.
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR

FECHA **Viernes, 09 de febrero de 2018**.

M.E. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA
PRESENTE

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

ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de 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:

No. de Registro
R-2018-3609-027

ATENTAMENTE

FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos.

Para mis asesora de tesis, la Doctora Leticia Ramírez Bautista y a mi coordinadora la Doctora Teresa Alvarado Gutiérrez por su compañía y orientación en este entrenamiento.

Dedicatoria.

A mi esposo, Javier Tufiño Contreras, mi compañero de la vida. Por su apoyo incondicional, por su amor, paciencia y sensatez. Por la inmensa alegría que me otorga en este camino. A Dios quién me dio una amada familia de origen, por que me ha hecho fuerte y valiente, esta conmigo dondequiera que vaya.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Cruz
Apellido materno	Juárez
Nombre	Marysol
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Ramírez
Apellido materno	Bautista
Nombre	Leticia
DATOS DE LA TESIS	
Título	“ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”
No. de páginas	64
Año	2018

<u>ÍNDICE</u>	PÁGINA
1.-RESUMEN	9
2.-INTRODUCCIÓN	11
2.1.Marco Epidemiológico	11
2.2.Marco Conceptual	18
2.3.Marco Contextual	32
3. JUSTIFICACIÓN	35
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
- 4.1.Pregunta de Investigación	37
5. OBJETIVOS	37
5.1.General	37
5.2. Específicos	37
6. HIPÓTESIS	37
7. MATERIAL Y MÉTODO	37
- 7.1.Periodo y sitio de estudio	38
-	
- 7.2. Universo de trabajo	38
-	
- 7.3.Unidad de análisis	38
-	
- 7.4. Diseño de estudio	39
-	
- 7.5. Criterios de selección	39
-	
- 7.5.1. Criterios de inclusión	39
-	
- 7.5.2. Criterios de exclusión	39
-	
- 7.5.3. Criterios de eliminación	39
8. MUESTREO	40
- 8.1.Cálculo del tamaño de muestra	40
9. VARIABLES.	41

- 9.1. Operacionalización de variables	42
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	45
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	45
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
12.1. Conflicto de interés	48
13 .RECURSOS	48
13.1. Humanos	48
13.2. Materiales	48
13.3. Económicos	49
13.4. Factibilidad	49
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	49
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	49
16. RESULTADOS	50
17. DISCUSIÓN	54
18. CONCLUSIONES	56
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	57
20. BIBLIOGRAFÍA	57
20. ANEXOS	62
18.1. Hoja de Consentimiento Informado	62
18.2. Hoja de Recolección de datos	64

1.RESUMEN.

“ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

** Marysol Cruz Juárez. ** Leticia Ramírez Bautista.*

*Residente de tercer Año de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 31.

**Médico Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 31.

Introducción. La prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida a nivel nacional creció significativamente entre 2002 y 2011 al pasar de 5.0% a 7.8% según la Encuesta Nacional de Adicciones. El alcohol y el tabaco son dos sustancias que provocan graves problemas de salud y se ha evidenciado que los adolescentes son quienes están más expuestos. Los factores protección para el uso de estas sustancias pueden identificarse y abordarse a nivel individual, familiar, escolar y en el entorno social. La asertividad construye en un factor protector del consumo.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia en el uso de alcohol y tabaco en los adolescentes y la presencia de asertividad como factor protector?

Objetivo: Se determinó la relación que existe entre el índice de asertividad como factor protector y el uso de alcohol y tabaco en los adolescentes.

Material y Método: Estudio observacional trasversal descriptivo, muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Se aplicó la Escala multidimensional de asertividad diseñada por Flores y Díaz Loving, evaluando tres dimensiones asertividad, no asertividad y asertividad indirecta.

Análisis Estadístico. Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo de excel versión 2011, posteriormente se realizó el análisis descriptivo en el programa estadístico SPSS versión 16.0 para Windows.

Resultados. Los adolescentes que participaron en el presente estudio mostraron que el uso de alcohol es más frecuente que el uso de tabaco. Además, se pudo comprobar que los niveles de consumo inicial se presentan a la edad de 12 años para el uso de alcohol y 15 años para el uso de tabaco, lo que justificaría la conveniencia de continuar avanzando en el desarrollo de estrategias preventivas efectivas destinadas a los adolescentes.

Conclusiones. Se encontró que solo el 2.8% del grupo tienen como habilidad social la asertividad para el uso de alcohol y el 3.7% la presentan para el uso de tabaco.

Palabras Clave: *Asertividad, adolescente, alcohol y tabaco.*

1. SUMMARY

"ASSERTIVENESS AS A PROTECTIVE FACTOR IN ADOLESCENTS FOR THE USE OF ALCOHOL AND TOBACCO IN A FAMILY MEDICINE UNIT"

**** Marysol Cruz Juárez. ** Leticia Ramírez Bautista. * Resident of Third Year of Family Medicine. Family Medicine Unit No. 31. ** Family Doctor. Family Medicine Unit No. 31.***

The prevalence of consumption of any drug at any time in life at national level grew significantly between 2002 and 2011, going from 5.0% to 7.8% according to the National Survey of Addictions. Alcohol and tobacco are two substances that cause

serious health problems and it has been shown that adolescents are the most exposed. The protective factors for the use of these substances can be identified and addressed at an individual, family, school and social environment level. Assertiveness constructs a protective factor of consumption.

Research question: What is the frequency in the use of alcohol and tobacco in adolescents and the presence of assertiveness as a protective factor.

Objective: The relationship between the assertiveness index as a protective factor and the use of alcohol and tobacco in adolescents was determined.

Material and Method: Descriptive cross-sectional observational study, non-probabilistic sampling by consecutive cases. The multidimensional Assertiveness Scale designed by Flores and Díaz Loving was applied, evaluating three dimensions of assertiveness, not assertiveness and indirect assertiveness.

Statistic analysis. The data obtained were captured in a spreadsheet of excel version 2011, later the descriptive analysis was made in the statistical program SPSS version 16.0 for Windows.

Results . The adolescents who participated in the present study showed that the use of alcohol is more frequent than the use of tobacco. In addition, it was found that the levels of initial consumption are presented at the age of 12 for the use of alcohol and 15 years for the use of tobacco, which would justify the convenience of continuing to advance in the development of effective preventive strategies aimed at

the teenagers

Conclusions. It was found that only 2.8% of the group have as a social skill the assertiveness for the use of alcohol and 3.7% present it for the use of tobacco.

Keywords: Assertiveness, adolescent, alcohol and tobacco.

2. INTRODUCCIÓN.

Según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC) 2017 alrededor del 5% de la población adulta mundial consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. El 0,6% de esta población padecen trastornos provocados por el uso de drogas.¹

La edad de inicio representa el 9,1% quienes iniciaron el consumo antes de los 15 años, comparado con 3,6% de quienes habían iniciado entre los 15 y 17 años y sólo 1,4% de quienes iniciaron después de los 17 años.

El alcohol es la sustancia de mayor abuso a nivel mundial. Según estudios realizados en el año 2011 en Caribe y América del Sur reportan una prevalencia de 50% de consumo en estudiantes de secundaria, llama la atención que en países como Chile y Estados Unidos, la prevalencia de consumo se reporte en población escolar de hasta un 35% en el caso de Chile y de alrededor de 25% en los Estados Unidos. La Mortalidad a nivel mundial reporta 1,111,000 muertes al abuso de alcohol, lo que corresponde al 0.21% del total de las muertes.²

El uso de drogas se ha estudiado en México desde la década de 1970. Las tendencias de uso se han documentado a través de encuestas escolares y de hogares, estudios especiales de población y estadísticas de pacientes en tratamiento. Las tasas de prevalencia anual son bajas. En la encuesta nacional de salud 2011 realizada entre la población de 12 a 65 años, encontraron tasas de uso del 2% para cualquier droga y del 1.7% cuando solo se incluyeron drogas ilegales, incluidos inhalantes.³

La prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida a nivel nacional creció significativamente entre 2002 y 2011 al pasar de 5.0% a 7.8%, mientras que el consumo de cualquier droga ilegal incrementó de 4.1% a 7.2%. Por sexo, en los hombres el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13% y de drogas ilegales de 8.0% a 12.5%. En las mujeres, la primera aumentó de 2.1% a 3.0% y la segunda de 1.0% a 2.3%. Las drogas de preferencia continúan siendo la marihuana (6.5%) y la cocaína (3.6%) Las prevalencias que se derivan de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 en una población de 12 a 65 años son:^{4,5}

TABLA 1. RESULTADOS GLOBALES POBLACIÓN 12 A 65 AÑOS

1.8% de la población total ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año
0.7% Presenta dependencia en el último año

La edad de inicio del consumo de drogas es de 18.8 años en hombres y 20.1 en mujeres
De las personas que tienen dependencia a drogas en el último año, 18.4%, ha asistido a tratamiento (19.8% hombres y 8.9% mujeres)
La prevalencia más elevada se observa en el Noroccidente (2.8%) (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) y la prevalencia más baja en la región Sur (0.6%) (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco)

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011

TABLA 2. RESULTADOS DE POBLACIÓN ADOLESCENTE 12 A 17 AÑOS

1.6% de la población adolescente ha consumido cualquier droga médica o ilegal en el último año
1.5% ha consumido cualquier droga ilegal en los últimos 12 meses (2.2% hombres y 0.9% mujeres)
1.6% ha consumido marihuana, 0.5% cocaína y 0.4% inhalables

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011.

En cuanto el consumo de tabaco se registró que en 17.3 millones (22%) fumaron tabaco en el último año; 12 millones fueron hombres (31%) y 5.2 millones fueron mujeres (13%). La edad de inicio en adolescentes que fuman diariamente fue a los 14 años. El consumo de alcohol en los usuarios de primera vez es a los 17 años de

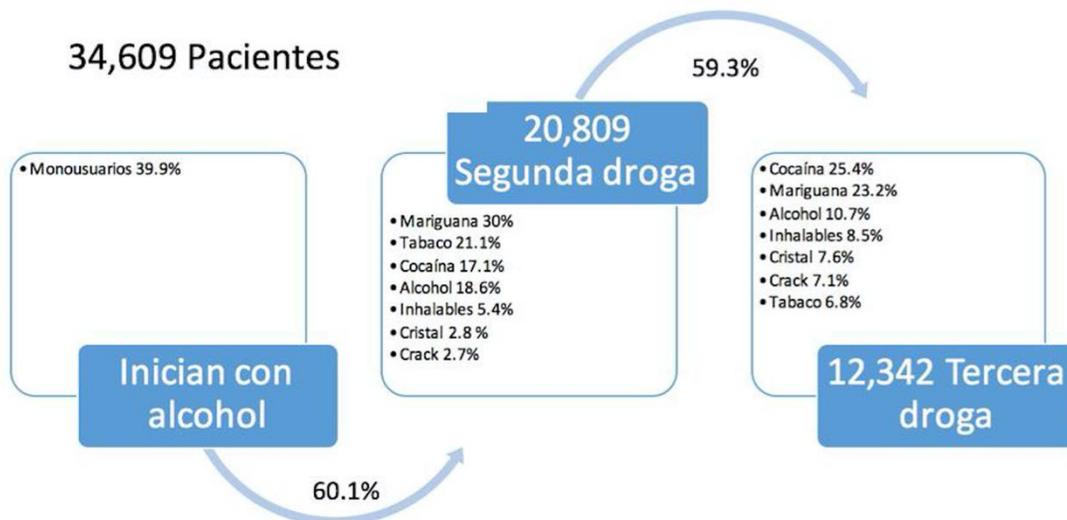
edad o menos, mientras que el 39% inició entre los 18 y los 25. La marihuana se mantiene como la droga de mayor consumo en la población general (con 6% de uso “alguna vez en la vida”), en los hombres se sitúa en 10.6%. La siguiente droga de mayor preferencia es la cocaína(incluye crack) con 3.3%.^{5,6}

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010 proyectó, con base en el conteo de población de 2005, un total de 108.4 millones de mexicanos.La población menor de 20 años representa el 37.8% de la Población Total. En las tendencias de drogas de inicio y droga de impacto a lo largo de los últimos 16 años, se observa que el alcohol y la marihuana se mantienen como las principales drogas de inicio.

Durante el 2009, la droga de inicio reportada con mayor frecuencia fue el tabaco por 14,224 personas (55.4%), seguida de alcohol (31.2%) y por marihuana (6.4%).Respecto a la droga de impacto más reportada las tres con mayores porcentajes fueron en orden decreciente alcohol, marihuana e inhalables.

Entre los pacientes que reportaron haber iniciado el consumo de drogas con alcohol, más de la mitad (60.1%) consumieron una segunda droga, la droga de segunda elección fue principalmente la marihuana alcanzando 30% y de los 20,809 pacientes que consumieron 2 drogas, el 59.3% paso al consumo de una tercer droga, principalmente 25.4%.

ESQUEMA 1. INICIO DE CONSUMO DE DROGAS CON ALCOHOL



Fuente: SISVEA Centros de integración juvenil, 2009

Los siguientes resultados que se presentan se obtuvieron al analizar las bases de datos del SEDD considerando las siguientes claves de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud en su décima revisión CIE-10, relacionadas a las causas múltiples al consumo de sustancias psicoactivas. Entre las defunciones reportadas al Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones (SEED), durante el periodo de 1998 al 2009, se observa una ligera disminución en números totales de las muertes asociadas al consumo de drogas, según causas múltiples, pasando de 18,692 muertes registradas en 1998 a 15,523 para el 2009.

TABLA 3. DEFUNCIONES REPORTADAS AL SEED, SEGÚN CAUSAS MÚLTIPLES AL CONSUMO DE DROGAS, TABACO Y ALCOHOL POR AÑO 1998-2009.

Año de registro	Otras drogas	Tabaco	Alcohol	Total
1998	181	261	18,250	18,692
1999	197	223	17,772	18,192
2000	214	183	17,854	18,251
2001	253	163	17,817	18,233
2002	264	167	17,724	18,155
2003	181	195	17,582	17,958
2004	213	178	17,371	17,762
2005	208	211	17,258	17,677
2006	180	149	16,515	16,844
2007	148	49	16,389	16,586
2008	199	39	16,402	16,640
2009	250	136	15,137	15,523

Fuente: Bases de datos de defunciones 1998-2008 INEGI/Secretaria de Salud. Base de datos de defunciones 2009; Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones (SEED), información preliminar.

En relación a la causa múltiple por consumo de tabaco, se observa que el mayor número de defunciones se presenta entre las personas que tenían 65 años o más de edad.

TABLA 4. DEFUNCIONES REPORTADAS AL SEED, SEGÚN EL CONSUMO DE

TABACO POR AÑO 1998-2009.

Año de registro	Grupos de edad								
	>1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más	No especificado	Total
1998	0	0	0	0	7	57	197	0	261
1999	0	0	0	1	8	35	179	0	223
2000	0	0	0	0	4	32	147	0	183
2001	0	0	0	1	3	28	131	0	163
2002	0	0	1	1	6	32	126	1	167
2003	0	0	0	1	2	31	160	1	195
2004	0	0	0	0	4	28	146	0	178
2005	0	0	0	0	5	30	175	1	211
2006	0	0	0	0	9	31	109	0	149
2007	0	0	0	0	2	9	38	0	49
2008	0	0	0	0	1	5	33	0	39
2009	0	0	0	2	6	18	110	0	136

Fuente: Bases de datos de defunciones 1998-2008 INEGI/Secretaria de Salud. Base de datos de defunciones 2009; Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones (SEED), información preliminar.

El consumo de alcohol como causa múltiple de muerte, registra el mayor número de defunciones entre todas las causas múltiples al consumo de sustancias

psicoactivas. Presentándose su consumo en las defunciones desde los 15 años.⁷

TABLA 5. DEFUNCIONES REPORTADAS AL SEED, SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL POR AÑO 1998-2009.

Año de registro	Grupos de edad								
	>1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más	No especificado	Total
1998	1	1	2	208	5,447	8,416	3,968	207	18,250
1999	0	1	0	196	5,287	8,294	3,833	161	17,772
2000	0	1	3	200	5,195	8,379	3,908	168	17,854
2001	0	0	5	165	5,066	8,332	4,079	170	17,817
2002	1	1	2	165	4,864	8,339	4,182	170	17,724
2003	0	0	5	184	4,746	8,305	4,202	140	17,582
2004	0	0	1	153	4,672	8,161	4,261	123	17,371
2005	1	0	1	131	4,497	8,169	4,306	153	17,258
2006	1	0	5	131	4,226	7,771	4,258	123	16,515
2007	0	1	2	125	4,160	7,697	4,279	125	16,389
2008	0	1	4	127	4,005	7,883	4,268	114	16,402
2009	0	0	0	96	3,644	7,205	4,189	3	15,137

Fuente: Bases de datos de defunciones 1998-2008 INEGI/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones 2009; Sistema Epidemiológico y estadístico de Defunciones (SEED), información preliminar.

2.2 Marco conceptual.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.⁹

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y tal como aparece en: “*El estado mundial de la infancia*” (UNICEF, 2011) se calcula que en el mundo hay 1,200 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor generación de adolescentes de la historia. La adolescencia se divide en 2 etapas:

La adolescencia temprana de los 10 a los 14 años.

En esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. El cerebro experimenta un súbito desarrollo ya que el número de neuronas puede llegar a duplicarse en el curso de un año y se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual en las niñas aparece 12 a 18 meses antes que los varones lo que contribuye que las niñas maduran mucho antes que los varones ya que en el lóbulo frontal se analiza el razonamiento y la toma de decisiones y empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana.

La adolescencia tardía de los 15 a los 19 años.

En la adolescencia tardía la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero disminuye cuando adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. El uso de tabaco, la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta fase.¹⁰

El adolescente en su entorno familiar y social adopta conductas y roles que le permitirán crear su comportamiento, temperamento y carácter como adultos. Esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo al iniciar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que habrán de manifestarse durante la vida adulta como determinantes de la salud.¹¹

Diversos estudios sobre el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, refieren que los adolescentes entre 12 y 17 años son quienes están más expuestos a usar este tipo de sustancias, ya sea por la convivencia con familiares, amigos u otras personas consumidoras o porque en su contexto inmediato hay lugares o escenarios donde existe un fácil acceso. Algunos de los riesgos en el inicio del consumo de sustancias están relacionados con una insuficiente habilidad para intercambiar ideas, emociones o solucionar problemas, así como presentar dificultades para defender los propios derechos ante los demás; es decir, carecer de respuestas asertivas. En México, en estudios realizados con población adolescente se ha reconocido una correlación significativa con la intensidad del uso de drogas ilícitas y una baja asertividad; es decir, que los adolescentes con más riesgo de consumir este tipo de sustancias son los menos asertivos.¹²

Los factores de protección son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado. Pueden presentarse en cada etapa del desarrollo de la persona; en la esfera individual con la presencia de autoestima y personalidad orientada para evitar riesgos; en el ámbito familiar al promover una convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los adolescentes; la escolar con apego a sus actividades académicas; la social con selección de amigos poco tolerantes hacia el consumo y comunitaria con acceso a redes de

apoyo. Pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas y para evitar riesgos de consumo crónico en la etapa adulta.^{2,13}

El uso de sustancias ocurre casi exclusivamente en un contexto social durante la adolescencia temprana y generalmente involucra sustancias con disponibilidad accesible como el alcohol y tabaco. Algunas personas se convierten en usuarios habituales y pueden progresar al uso de marihuana, alucinógenos y otras drogas ilícitas. Sin embargo, muchas personas suspenden el uso después de un breve período de experimentación, o de lo contrario pueden abusar de estas. Los factores de riesgo y de protección contribuyen a la iniciación, el mantenimiento y la escalada de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, y estos factores pueden identificarse y abordarse a nivel de individual, familiar, escolar y en el entorno social. Los programas actuales reconocen que los procesos de aprendizaje social son importantes en el desarrollo del consumo de drogas en adolescentes. Además, reconocen que los adolescentes con carencia de habilidades personales y sociales son más susceptibles a las influencias que promueven el uso de drogas. Según Griffin, Botvin (2010) los programas en habilidades para la vida consisten en tres componentes generales que incluyen aspectos críticos en su artículo con intervenciones basadas en evidencia para prevenir el uso de sustancias. Cada componente se enfoca en un grupo de habilidades diferentes para los adolescentes:

Habilidades para resistirse al consumo de drogas. Permiten reconocer y cambiar la mala percepción acerca del uso de drogas, así como enfrentar la presión que realizan los pares y amigos en relación al consumo de drogas.

Habilidades de manejo personal. Ayudan a examinar su propia imagen y su efecto sobre la propia conducta, identificar sus decisiones diarias y cómo influyen en otros, analizar problemas y considerar las consecuencias de las soluciones antes de tomar decisiones.

Habilidades sociales generales. Brindan habilidades necesarias para comunicarse efectivamente y evitar malos entendidos, el uso de habilidades asertivas verbales y no verbales para negarse al ofrecimiento de drogas y reconocer que se tienen otras formas de responder, además de la pasividad y la agresividad, al encontrarse en situaciones problemáticas. ^{6,14}

Flores y Díaz-Loving, definen “La asertividad como la habilidad verbal para expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, así como también el establecimiento de límites de manera directa, honesta y oportuna respetándose así mismo como individuo y a los demás durante la interacción social” así como también. De acuerdo a este concepto evalúan tres dimensiones de la asertividad:

Asertividad. Habilidad que tiene el individuo de poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Asertividad indirecta. Habilidad del individuo de tener enfrentamientos directos, cara a cara con otras personas ya sean familiares, amigos o compañeros, expresando sus necesidades, opiniones y sentimientos hacia ellos por medio de medios de comunicación (cartas, correos o teléfono).

No asertividad. Inhabilidad del individuo de expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos, de valer sus derechos de decir “no”, de negarse a realizar una actividad específicamente con familiares y amigos.¹⁵

Elía Roca (2003) define “La asertividad como una actitud de autoafirmación y

defensa de nuestros derechos personales y es una habilidad social que reúne las actitudes y pensamientos que favorecen la autoafirmación como personas y la defensa de los derechos propios con respeto, es decir sin agredir ni permitir ser agredido.” Las características de una persona asertiva son:

1. Se conoce así misma y es consciente de lo que siente y lo que desea en cada momento.

2. Se acepta incondicionalmente, conserva siempre su dignidad tanto en los fracasos como en los éxitos.

3. Se mantiene fiel así misma en cualquier circunstancia y se siente responsable de su vida y de sus emociones.¹⁶

Javiera de la Plaza (2007) también la define como “Un estilo de comunicación que permite expresar pensamientos, sentimientos y opiniones en el momento oportuno, de manera desenvuelta, sin experimentar nerviosismo, considerando los derechos de uno y de los demás”.¹⁷

En el año de 1985 en México se inician diversos estudios que permitieron explorar la asertividad en población mexicana con el objetivo del desarrollo y conceptualización de una medición específica tomando en cuenta la sociocultural e idiosincrasia de nuestro país. Comienza con la aplicación de la Escala de Asertividad de Rathus (1973), traducida al español por Flores, Díaz-Loving y Rivera (1987), cuyos resultados arrojaron la existencia de tres dimensiones antes mencionadas : asertividad en situaciones cotidianas, asertividad por medios indirectos y no asertividad; además de encontrarse que en los estudios piloto mostraron que la estructura factorial de la Prueba de Asertividad de Rathus, no fue consistente con la de la concepción original del instrumento. Dando origen a la Escala Medida de Rasgos Asertivos (MERA). Esta estructura

fue conformada por Flores (1989) y en investigaciones posteriores llevaron a la construcción de una escala multidimensional de la asertividad (EMA) para estudiantes y otra para empleados (Flores, 1994) tomando en cuenta el aspecto situacional con la familia, escuela, trabajo y amigos. En esta participaron 439 estudiantes de la Ciudad de México que cursaban desde secundaria hasta nivel superior, con edades promedio de 17.44 años. Respecto a la confiabilidad de la escala, se obtuvieron coeficientes de correlación Alpha de Cronbach 0.78, 0.86 y 0.7 respectivamente . En lo que concierne a la validez se produjeron factores que explicaron el 34.5%de la varianza total. ^{15,18,19}

DEFINICIONES.

Droga. Se define como aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y a las drogas ilegales. La droga ilegal se define como una sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción. La droga legal es la que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción. La droga de inicio se refiere a la primera droga

consumida. Se entiende como la droga de impacto a la que el paciente identifica con más capacidad para producirle afectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral, que motiva a la demanda del tratamiento.

7,20

Sustancia psicoactiva. Es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Al ser introducidas en el organismo tienen efectos sobre el Sistema Nervioso Central. Entre ellas se encuentran: el tabaco, el alcohol, los cannabinoides (mariguana), cocaína, opioides , disolventes, sedantes, alucinógenos, estimulantes y otras como la cafeína.

Adicciones. Es un concepto general que se utiliza en el sector salud para referirse al conjunto de trastornos referidos en la decima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) en el apartado F10-19 que corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas o psicoactivas.

Usuario. Es la persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas. El uso experimental se refiere una droga que se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona. En el uso regular o social se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra el consumo al estilo de vida habitual. El uso nocivo es definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico. ^{2,6}

La organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a las drogas que pueden generar dependencia agrupando las que tienen efectos análogos e inducen pautas de comportamiento similares en usuarios. Siguiendo este criterio, se propusieron las siguientes categorías:

- Alcohol y barbitúricos
- Anfetaminas
- Cannabis (marihuana, hachís)
- Cocaína
- Alucinógenos (LSD y similares)
- Opiáceos
- Disolventes volátiles
- Tabaco

A continuación se presentan las siguientes claves relacionadas a las causas múltiples al consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión.^{8,21}

CUADRO 7. CLASIFICACIÓN CIE-10 EN MATERIA DE ADICCIONES.

Clave CIE-10	Causas
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoides.
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de

	sedantes o hipnóticos.
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína.
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína.
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alucinógenos.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte.
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas.
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte.
X85	Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas.
Y11	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte, de intención no determinada.
Y12	Envenenamiento por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, de intención no determinada.

F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco.
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol.
K70	Enfermedad alcohólica del hígado.
X45	Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol.
X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol.
Y15	Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada.

Otras    drogas Tabaco Alcohol

Fuente: CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades en su decima revisión.

ALCOHOL. También llamado alcohol etílico o etanol (C_2H_5OH) y se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. Es principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. Es un depresor primario y continuo del Sistema Nervioso Central. Los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El alcohol absoluto (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. El metanol ($CH_3 OH$), denominado también alcohol metílico y alcohol de madera, es el alcohol que tiene la fórmula química más

sencilla. Se emplea como disolvente industrial y también como adulterante para desnaturalizar el etanol lo que hace que no sea apto para el consumo (bebidas alcohólicas metiladas).

Casi todas las bebidas alcohólicas se preparan mediante fermentación, seguida de destilación en el caso de las de alta graduación. La cerveza se elabora a partir de cereales fermentados (cebada malteada, arroz, mijo, etc.), a los que a menudo se añade lúpulo. El vino se produce por fermentación de frutas o bayas, sobre todo, uvas. Otros productos tradicionales obtenidos por fermentación son el aguamiel (de la miel), la sidra (de las manzanas u otras frutas), el sake (del arroz), el pulque (del cactus maguey) y la chicha (del maíz). vinos de alta graduación son vinos a los que se ha añadido un licor, para obtener un contenido en etanol del 20% aproximadamente. Los licores se obtienen a partir de materias primas diferentes, ya sean cereales o frutas: por ejemplo, el vodka se elabora con cereales o con patatas; el whisky, con centeno o trigo; el ron, con caña de azúcar; y el coñac, con uvas u otra fruta. El jerez, el oporto y otros vinos de alta graduación son vinos a los que se ha añadido un licor, para obtener un contenido en etanol del 20% aproximadamente. En la CIE-10 (ICD-10), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10) se clasifican dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19). Una bebida alcohólica es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.

Fisiopatología.

El alcohol etílico o etanol es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo, su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia alcohólica, mejor conocido como alcoholismo; esta enfermedad va

acompañada de numerosas consecuencias a nivel sistémico, provocando el deterioro gradual de diversos órganos, siendo un factor de riesgo para la aparición de enfermedades incapacitantes y muerte. Es un depresor de la transmisión nerviosa en el Sistema Nervioso Central. Se absorbe con rapidez en el tubo digestivo, en mayor proporción en el intestino delgado y el colon (80 por ciento) y el resto en el estómago (20 por ciento), lo cual ocurre de forma muy lenta debido a la presencia de alimento; la molécula del alcohol es hidrosoluble en proporción variable y se distribuye homogéneamente por tejidos y líquidos corporales, llegando a tener altas concentraciones en sangre, asimismo, su composición le permite atravesar la barrera hematoencefálica y placentaria, estableciéndose la concentración máxima en sangre entre los 30 y 90 minutos seguidos de la ingesta. Se metaboliza por oxidación hepática en un 90 a 98%, puede ser eliminado sin metabolizar en un 2 a 10% por vías accesorias como el riñón, el pulmón y el sudor. La mayor parte del alcohol se transforma en acetaldehído por acción de la enzima alcohol-deshidrogenasa (ADH), responsable del 90-95% de la oxidación del etanol y el tiempo necesario para eliminar esta droga del organismo puede calcularse tomando como promedio una eliminación de 0,15 gr. /l por hora (alcoholemia). Desde el punto de vista psicopatológico, lo más relevante son los cambios conductuales que aparecen tras beber alcohol, expresadas clínicamente en síntomas y signos los cuales se agrupan en tres categorías:

1. Hiperexcitabilidad del sistema nervioso central
2. Hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo
3. Alteraciones cognitivas. ^{20, 22, 23}

Alcoholismo. Se refiere al consumo crónico y periódico de alcohol, el término

fue introducido en 1849 y más adelante otros autores lo emplearon para designar el consumo de alcohol que provoca cualquier tipo de daño (físico, psicológico, individual o social). En 1979 el Comité de Expertos de la OMS lo desaprobó e introdujo el término de síndrome de dependencia del alcohol (F10.2). El alcoholismo no está incluido en las categorías diagnósticas de la CIE-10. Sin embargo actualmente este término todavía se utiliza de forma generalizada con fines diagnósticos y descriptivos.

TABACO. Preparado de las hojas de *Nicotina tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina. Se utiliza para fumar, masticar o aspirar. El tabaquismo es un término derivado del francés tabagisme que se refiere al estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos. Equivalente a síndrome de dependencia del tabaco. El tabaquismo pasivo es la inhalación normalmente involuntaria, de humo de tabaco, procedente de una persona que esté fumando. El término inicio en la década de los 70 en relación con los estudios sobre los efectos de esta inhalación y ayudó a que empezaran a tenerse en cuenta los efectos perjudiciales del tabaco para las personas que están en el entorno inmediato de los fumadores.

Fisiopatología.

La nicotina se une de forma preferente a los receptores nicotínicos de acetilcolina en el Sistema Nervioso central y el receptor principal es el alfa 2 del área tegmental ventral. Al unirse al receptor, la nicotina produce una liberación de

dopamina en el Núcleo Accumbens produciendo una sensación de placer y calma, siendo este el mecanismo de refuerzo positivo a corto plazo por el que se establece la adicción. Al disminuir los niveles de dopamina entre un cigarrillo y otro se producen síntomas de abstinencia manifestados principalmente por irritabilidad y ansiedad, induciendo al paciente a sentir la necesidad de volver a fumar para liberar más dopamina y recobrar la calma y el placer.^{7, 20, 23}

2.3.Marco contextual.

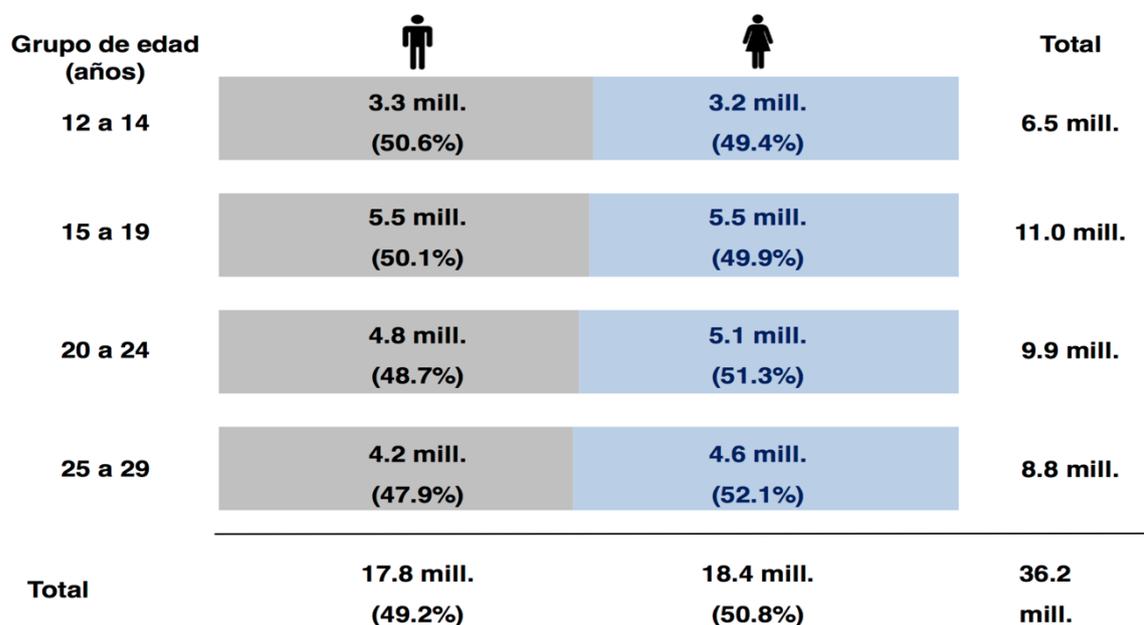
Según la Organización Mundial de la Salud los adolescentes representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial con aproximadamente un total de 1200 millones. Se calcula que en 2015 murieron 1.2 millones de adolescentes, es decir, más de 3000 al día, en su mayoría por causas prevenibles o tratables. El consumo nocivo de alcohol reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales sin protección, causas de lesiones incluidas las provocadas por accidentes de tránsito y violencia especialmente en pareja. Además puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida con una muerte prematura.²⁴

En 2015 de acuerdo al INEGI se informó que la población de 15 a 29 años en nuestro país ascendió a 30.6 millones, que representan poco más de la cuarta parte (25.7%) de la población a nivel nacional. Del total de la población joven, 35.1% son adolescentes (15 a 19 años), 34.8% son jóvenes de 20 a 24 años.²⁵

En la encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) de acuerdo con el Censo de

Población de 2010, en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años. 17.8 millones (49.2%) son hombres y 18.4 millones (50.8%) son mujeres. Las ocho entidades federativas donde se concentra más de la mitad (52.9%) de la población entre 12 y 29 años son Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco Puebla, Guanajuato, Chiapas y Michoacán.

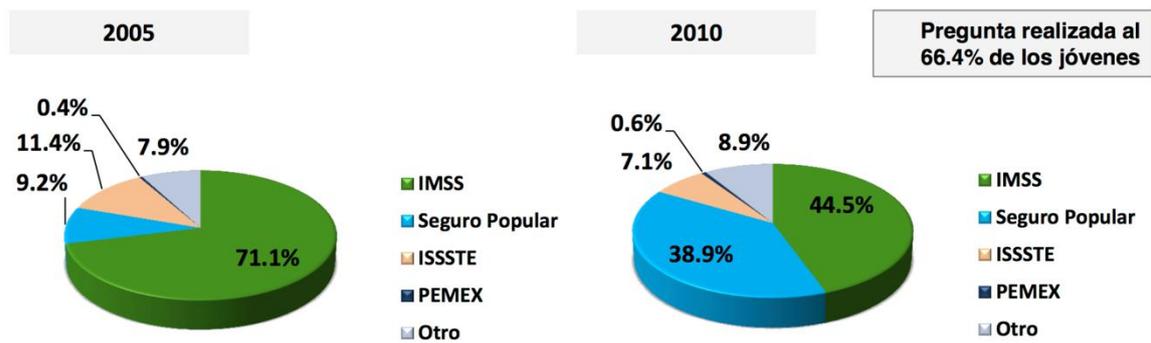
GRÁFICA 1. JÓVENES DE ENTRE 12 Y 29 AÑOS POR GRUPO DE EDAD



FUENTE: Datos del Censo de Población y Vivienda INEGI 2010.

Se informa que por grupos de edad el 56.2% viven con ambos padres y quienes viven sólo con el padre o la madre constituye el 18.7% y quienes han formado su propia familia el 15.4%. Más de 26 millones y medio de jóvenes reportaron tener algún servicio de salud y para el 2010 el IMSS atiende un 44.5% de la población total, seguido del Seguro Popular.

GRÁFICA 2. JÓVENES DE ENTRE 12 A 19 AÑOS CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.



FUENTE: Datos del Censo de Población y Vivienda INEGI 2010

En esta misma menciona que uno de cada cinco de los adolescentes entre 12 y 29 años de edad han consumido tabaco alguna vez en su vida. El 50% reportó haber probado alguna vez en su vida el alcohol, siendo la cerveza la bebida alcohólica más consumida. ²⁶

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en su informe de salud en los adolescentes 2008 refiere que el 14 % de la población corresponde a este grupo con un total de 4.6 millones, de los cuales el 49% son hombres y el 51% son mujeres .En Medicina Familiar demandan 8 % del total de las consultas y en Urgencias 10 y 6 % de los egresos hospitalarios. Con respecto a los Motivos de consulta en los adolescentes, las infecciones respiratorias agudas son las más comunes para ambos sexos. Llama la atención que no se menciona algo al respecto acerca de motivo de consulta sobre atención y detección de Adicciones.¹¹

En México en estudios realizados con población adolescente se ha relacionado significativamente el uso de drogas y una baja asertividad. En un estudio sobre la asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos (2012) se

encuestó a 1492 estudiantes de escuelas secundaria, se utilizó la Escala de Evaluación de factores Asertivos (EFA) y se reportó que el alcohol fue la sustancia de mayor consumo, tanto una vez en la vida, como en el último año y en el último mes, seguida por el tabaco. Como resultados el grupo de usuarios registró una menor frecuencia de afectos asociados al enfrentamiento de problemas y dificultades para negarse a hacer algo que no deseaba ante la presión de amigos careciendo por lo tanto de asertividad en comparación con los no usuarios asertivos los cuales han evitado el uso de drogas y poseen la capacidad de enfrentarse a la invitación de estas sustancias.¹²

3. JUSTIFICACIÓN.

El consumo de alcohol y tabaco producen cuadros clínicos diversos que son causantes de graves complicaciones de salud, familiar, legales y socioeconómicas. En la actualidad el consumo de estas sustancias ha llevado a las diferentes entidades e instituciones a buscar soluciones poniendo un especial énfasis en el campo de la prevención en los adolescentes, con el objetivo de evitar las consecuencias conflictivas de tipo social y personal que, en muchos casos, se mantienen hasta la edad adulta y son factor de riesgo para el inicio de consumo de otras drogas de tipo ilícitas. El comportamiento asertivo consiste en expresar lo que se cree, se siente y se desea de forma directa y honesta, haciendo valer los propios derechos y respetando los derechos de los demás. Por ello la asertividad como habilidad social favorece a los adolescentes y es considerada una fortaleza y herramienta que les permite mantenerse alejados del consumo de sustancias nocivas. Los programas preventivos dirigidos a los adolescentes incluyen el estudio de los factores de riesgo y protección como

herramienta útil para para poder detectar los grupos de alto riesgo y establecer los objetivos de las intervenciones que garanticen el abordaje del aumento del índice de asertividad en los adolescentes como factor protector contra las adicciones. La naturaleza multicausal en el comportamiento de los adolescentes para el uso de alcohol y tabaco justifica que se establezcan acciones de detección y preventivas que se dirijan principalmente a la modificación de diversos factores de riesgo y protección. El presente estudio tiene como objetivo identificar la asertividad como factor de protector para el consumo de alcohol y tabaco en la población de adolescentes.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Muchas evidencias muestran que el uso de alcohol y tabaco entre los adolescentes es un problema complejo vinculado con la carencia de asertividad como factor protector, estas sustancias provocan graves problemas en la salud, además de ser consideradas de iniciación al aumentar el riesgo de consumir drogas ilícitas como la marihuana y la cocaína y además influir en la violencia familiar. Varias investigaciones han analizado la importancia de diferentes variables que preceden al uso y abuso de sustancias en la adolescencia actuando como factores de riesgo y protección. Entre los factores psicosociales y sociales de riesgo analizados se cuenta con leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, acceso a medios de difusión como invitación al consumo, disponibilidad de estas sustancias en diferentes medios, desorganización del entorno social, baja autoestima, actitudes y patrones de repetición como comportamientos familiares, conflictos y disfunción familiar, económicos y de

pareja, patrones inadecuados de educación y crianza, asociación con iguales consumidores de drogas y pertenencia a grupos sociales usuarios, abandono escolar o laboral y bajo nivel escolar.

4.1 Pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación que existe entre la asertividad y el uso de alcohol y tabaco en los adolescentes?

5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre el índice de asertividad como factor protector y el uso de alcohol y tabaco en los adolescentes.

5.2 Objetivos específicos.

Determinar la frecuencia de asertividad en los adolescentes.

6. HIPÓTESIS.

La presencia de asertividad en los adolescentes reduce el uso de alcohol y tabaco.

7. MATERIAL Y MÉTODOS.

Para la realización de este estudio, se seleccionaron pacientes adolescentes que acudieron al servicio de consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 31. Para la recolección de datos se aplicó a cada paciente un cuestionario, el cual llenaron en su tiempo de espera de su consulta, previo consentimiento informado de los padres y el asentimiento informado de los adolescentes, esto haciéndolo de manera escrita. En el cuestionario se incluyó la Escala multidimensional de asertividad (EMA).

7.1 Periodo y sitio de estudio.

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 en el periodo de Enero a Febrero del 2018.

7.2 Universo de trabajo.

Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar, la cual comprende una población de 265, 876 pacientes, de los cuales 31, 242 son pacientes adolescentes.

7.3 Unidad de análisis.

Adolescentes de edades de entre 12 y 19 años de edad que acuden a la consulta externa de la UMF No. 31 en ambos turnos.

7.4 Diseño de estudio. Observacional transversal descriptivo.

7.5 Criterios de selección

7. 5.1 Criterios de inclusión:

Pacientes adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Sin distinción de sexo.

Que acuden al servicio de consulta externa.

Que el padre o tutor firme la carta de consentimiento y el adolescente la carta de asentimiento.

Que se acepte por medio del consentimiento informado la autorización de los padres para realizar el cuestionario.

Que se acepte por medio de la carta de asentimiento la autorización de los adolescentes para realizar el estudio.

7.5.2 Criterios de exclusión.

Adolescentes con retraso mental.

Adolescentes analfabetas sin capacidad de lectura y escritura.

Adolescentes con retraso psicomotor.

7.5.3. Criterios de eliminación.

Adolescentes que no completen el cuestionario.

Adolescentes que no llenen el cuestionario de manera correcta.

8. MUESTREO. No probabilístico por casos consecutivos.

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizó un estudio donde se conoce una población finita de 31 242 pacientes adolescentes que acuden al servicio de consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No.31 , por lo que se decidió utilizar la siguiente fórmula para prevalencia y población finita:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

n=Muestra

N=Total de la población a estudiar

Z=Índice de riesgo deseado

p=prevalencia

q= 1 - prevalencia

d=precisión del estudio

n=Muestra

N= 31242

Z=1.96

p=0.078

$$q = 1 - 0.12 = 0.88$$

$$d = 0.05$$

Sustitución de la fórmula:

$$n = \frac{31242 (1.96)^2 (0.078)(0.88)}{(0.05)^2 (31242 - 1) + (1.96)^2 (0.078)(0.88)}$$

$$n = \frac{8238.12}{78.1 + 0.263}$$

$$n = \frac{1689.87}{78.36}$$

$$n = 107 \text{ pacientes}$$

9. VARIABLES.

Variables Dependientes.

Usuario tabaco

Usuario alcohol

Variables Independientes.

Asertividad.

Variables Demográficas.

Sexo

Edad

Escolaridad

Ocupación

Estado civil

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable en estudio. Usuario de alcohol.

Definición conceptual: Es la persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia del alcohol.

Definición operacional: Se realizará por medio de la clasificación en hoja de recolección de datos.

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicadores: 1:Si 2:No

Variable en estudio. Usuario de tabaco.

Definición conceptual: Es la persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia del tabaco.

Definición operacional: Se realizará por medio de la clasificación en hoja de recolección de datos.

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicadores: 1:Si 2:No

Variable en estudio: Asertividad.

Definición Conceptual: Habilidad que tiene el individuo de poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana o de consumo.

Definición operacional: Se determinara a través de la Escala multidimensional de asertividad (EMA).

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicador: 1:Asertividad indirecta 2: No asertividad 3: Asertividad

Variable en estudio: Sexo.

Definición Conceptual: Se refiere a una clasificación de las personas como masculinas o femeninas en el momento del nacimiento, basada en características corporales biológicas como la dotación cromosómica, las hormonas, los órganos reproductores internos y la genitalidad.

Definición operacional: De acuerdo a lo registrado por el adolescente en el cuestionario.

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicador: 1: Mujer 2: Hombre

Variable en estudio: Edad.

Definición Conceptual: Del latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Definición operacional:

Tipo de variable: Cuantitativa.

Indicador: Número de años.

Variable en estudio. Escolaridad.

Definición conceptual: Grado de estudios alcanzados por las personas hasta el momento de aplicar el cuestionario.

Definición operacional: De acuerdo a lo registrado por el adolescente en el cuestionario.

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicadores: 1: Primaria 2: Secundaria 3:Preparatoria 4:Licenciatura

Variable en estudio. Ocupación.

Definición conceptual: Termino que está vinculado al verbo ocupar y se utiliza como sinónimo de trabajo o labor.

Definición operacional: De acuerdo a lo registrado por el adolescente en el cuestionario.

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicadores: 1: Estudiante 2: Empleado 3: Ninguna

Variable en estudio. Estado civil.

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: De acuerdo a lo registrado por el adolescente en el cuestionario.

Tipo de variable: Cualitativa.

Indicadores: 1: Soltero (a) 2: Casado (a) 3: Unión libre

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

El Investigador principal se dio a la tarea de captar adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 durante los meses de Enero a Febrero de 2018, donde se les informó sobre la investigación, se les preguntó si querían ser partícipes de esta, una vez aceptando, se les invitó a pasar a un aula o espacio adecuado para la realización de los cuestionarios, se le hizo entrega a cada padre o tutor un consentimiento informado el cual firmaron. Se le hizo entrega a cada paciente un asentimiento informado el cual firmaron. Se resolvieron posibles dudas del llenado del cuestionario. Posteriormente se evaluaron los cuestionarios para determinar la asertividad y relación con uso de alcohol y tabaco. Una vez recolectados estos datos, se captaron en el programa SPSS para formular datos estadísticos y cálculos para la elaboración de conclusiones.

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis descriptivo de acuerdo a las variables cualitativas y cuantitativas. Posteriormente se realizó el análisis de las variables que se consideraron relevantes, a partir de lo cual se obtuvieron medidas de asociación, con las cuáles se determinó coeficiente phi entre las variables dicotómicas; se determinó razón de momios para determinar riesgo.

En cuanto a variables cualitativas: se utilizó mediana para variables con escala ordinal y proporciones para variables con escala nominal.

Para las cuantitativas en resultados con distribución normal se utilizó la media (como medida de tendencia central y desviación estándar (como medida de dispersión). Para estudios con libre distribución se utilizó la mediana (como medida de tendencia central) y rangos intercuartiles.

Se utilizó el paquete SPSS versión 24.0 para MacOs y hoja de cálculo en Excel 2016.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se consideró este estudio según la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su **ARTICULO 13**, el cual señala que, toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Además en su **ARTICULO 17** para efectos de este estudio se considera Investigación sin riesgo a los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. En esta misma Ley en el CAPITULO III De la Investigación en Menores de Edad o Incapaces en el **ARTICULO 35**. Cuando se pretenda realizar investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se

han hecho estudios semejantes en personas de mayor de edad y en animales inmaduros, excepto cuando se trate de estudiar condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades. Así mismo en su **ARTICULO 36** para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

Para el uso del consentimiento informado la ley general de Salud en su **ARTICULO 20** se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En su **ARTICULO 22**. El consentimiento informado deberá formularse por escrito. Así mismo la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, establece en su apartado 11.3 la carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación. En el punto 11.2. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación señala que el sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite.

En la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en el apartado 25. El investigador se apegará a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) para la protección y el respeto a la autonomía de las personas con fines del estudio y para el uso del consentimiento informado y la investigación en que participan personas vulnerables en su pauta 4 y 13 respectivamente.

12.2 Conflictos de interés.

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

13. RECURSOS.

13.1 Humano

Médico Residente y asesor

13.2 Materiales

Computadora.

Instrumento de Recolección de Datos.

Consentimiento Informado.

107 Cuestionarios impresos

Bolígrafo

13.3 Económicos.

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se realizará la revisión de expedientes. Los consumibles serán financiados por el alumno.

13.4 Factibilidad.

La población en estudio cuenta con adolescentes, el espacio y las instalaciones para realizar el estudio y al terminar la muestra necesaria se analizarán resultados y se dará una conclusión del mismo.

14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

El tipo de muestreo es no probabilístico y solo será realizado en una unidad por lo que los resultados solo serna un reflejo de la población en estudio, pero se consideran una ventana descriptiva de un fenómeno que puede ser estudiado.

15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Con este estudio se espera conocer en la UMF No 31 la relación que existe entre la asertividad y uso de alcohol y tabaco en los adolescentes y a partir de los resultados de este estudio se sugiere llevar a cabo medidas de prevención dirigidas a este grupo de edad que optimice el abordaje del aumento de índice de asertividad en los adolescentes a fin de proporcionarles herramientas para mantenerse alejados del consumo de sustancias nocivas. La información recolectada se pondrá a disposición del área de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No.31 y se mostrará en sesiones generales a personal de la salud, además de difundir en foros de investigación.

16. RESULTADOS.

De una población de 31, 242 adolescentes de 12 a 19 años de edad, de ambos sexos y ambos turnos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31, se estudió una muestra de 107 que cumplieron con los criterios de inclusión. Con relación a la edad se encontró una mediana de 16 (15-18). El sexo masculino tuvo una mayor frecuencia de 60 (56.1%) de adolescentes entrevistados y el 47 (43.9%) corresponde al sexo femenino.(Cuadro 1)

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

n= 107 adolescentes		
	MEDIANA	RQ
EDAD	16	15-18
Edad de inicio de uso de alcohol	13	12-15

Edad de inicio de uso de tabaco	14	NO APLICA (99)
	FRECUENCIA	%
SEXO		
Masculino	60	56.1
Femenino	47	43.9

En cuanto al estado civil se obtiene una frecuencia de 100(93.5%).

La escolaridad que más predominó es secundaria con una frecuencia de de 67 (62.6%).

La mayoría vive con sus padres con una frecuencia de 101(94.4%).

La mayoría de los entrevistados fueron estudiantes con un porcentaje de 78.5%, el 12.1% se dedica al hogar y solo el 9.3% es empleado.

La edad de inicio de uso de alcohol más frecuente se encontró en la edad de 12 años con una frecuencia de 27 (25.2%).

En cuanto al uso de alcohol el 55(51.4%) de los adolescentes solo toma bebidas alcohólicas con su familia en ocasiones especiales.(Cuadro 2)

Cuadro 2. Uso de alcohol en adolescentes.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS, NI SIQUIERA UNA VEZ	14	13.1
ALGUNA VEZ HE TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS PERO AHORA YA NO	28	26.2
SOLAMENTE TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS CON MI FAMILIA EN OCASIONES ESPECIALES	55	51.4
TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS ESPORADICAMENTE, EN FIESTAS O CELEBRACIONES	10	9.3
Total	107	100.0

En el ámbito familiar el padre es que usa alcohol con una frecuencia de 70 (65.4%).

El uso de alcohol en amigos de los entrevistados tuvo una frecuencia de 94(87.9%).

La edad de inicio de uso de tabaco se encontró en la edad de 15 y 16 años con una frecuencia de 7 (6.5%) para ambas edades.

Se obtiene que los adolescentes nunca han fumado cigarrillos ni siquiera una vez con una frecuencia de 92(86%).

En cuanto al uso de tabaco el 8.4% solo ha fumado con su familia en ocasiones especiales.(Cuadro 3)

Cuadro 3. Uso de tabaco en adolescentes.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA HE FUMADO CIGARRILLOS, NI SIQUIERA UNA VEZ	92	86.0
ALGUNA VEZ HE FUMADO CIGARRILLOS, PERO YA NO HE FUMADO MÁS	6	5.6
SOLAMENTE FUMO CIGARRILLOS CON MI FAMILIA EN OCASIONES ESPECIALES	9	8.4
Total	107	100.0

En el ámbito familiar el padre es el que usa tabaco con una frecuencia de 31(29%).

El uso de tabaco en amigos de los entrevistados tuvo una frecuencia de 10(9.3%).

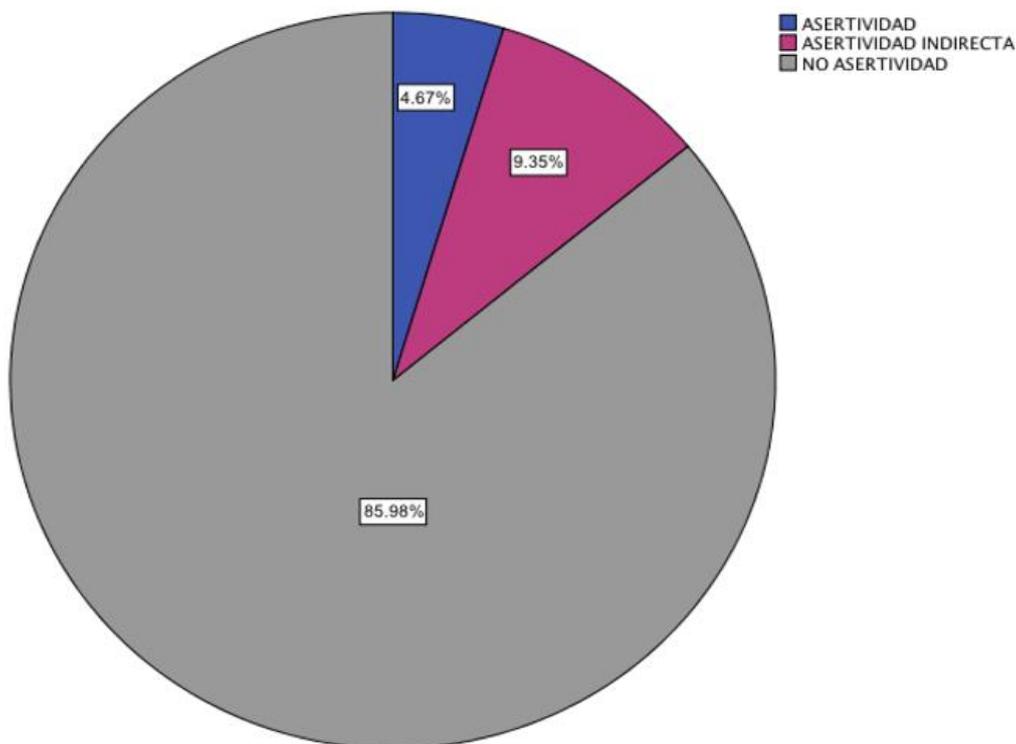
La asertividad solo se presentó con una frecuencia de 5 (4.7%) en los

adolescentes. La asertividad indirecta se presentó con una frecuencia de 10 (9.3%) y los adolescentes que no presentan asertividad tienen una frecuencia de 92 (86%). (Cuadro 4) (Gráfica 1)

Cuadro 4. Escala de asertividad EMA.

	Frecuencia	Porcentaje
ASERTIVIDAD	5	4.7
ASERTIVIDAD INDIRECTA	10	9.3
NO ASERTIVIDAD	92	86.0
Total	107	100.0

Gráfica 1. Escala de asertividad EMA.



Para el uso de alcohol se encontró que solo 3 adolescentes son asertivos y nunca han hecho uso bebidas alcohólicas lo que corresponde al 2.8% del total,

ni siquiera una vez en la vida. Para la asertividad indirecta se encontró que solo 7 adolescentes la presentan con un 6.5% y nunca han tomado bebidas alcohólicas, ni siquiera una vez. Los adolescentes no asertivos con una frecuencia de 53 usan alcohol y esta relacionado con su uso en el ámbito familiar en ocasiones especiales. Cuadro 5.

Cuadro 5. Relación de asertividad y el uso de alcohol en los adolescentes.

		ASERTIVIDAD	ASERTIVIDAD INDIRECTA	NO ASERTIVIDAD	Total
USO DE ALCOHOL	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS, NI SIQUIERA UNA VEZ	3	7	4	14
	ALGUNA VEZ HE TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS PERO AHORA YA NO	2	1	25	28
	SOLAMENTE TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS CON MI FAMILIA EN OCASIONES ESPECIALES	0	2	53	55
	TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS ESPORADICAMENTE, EN FIESTAS O CELEBRACIONES	0	0	10	10
Total		5	10	92	107

Para el uso de tabaco se encontró que 4 adolescentes son asertivos y nunca han hecho uso de tabaco, ni siquiera una vez lo que corresponde a un 3.7% del total. Para la asertividad indirecta se presentan 10 adolescentes que nunca han hecho uso de tabaco, ni siquiera una vez con un porcentaje de 9.3%. Los adolescentes que no son asertivos 78 (72.89%) de ellos no usan tabaco, ni siquiera una vez.

Tabla 5. Relación de asertividad y el uso de tabaco en los adolescentes.

		ASERTIVIDAD	ASERTIVIDAD INDIRECTA	NO ASERTIVIDAD	Total
USO DE TABACO	NUNCA HE FUMADO CIGARRILLOS, NI SIQUIERA UNA VEZ	4	10	78	92
	ALGUNA VEZ HE FUMADO CIGARRILLOS, PERO YA NO HE FUMADO MÁS	0	0	6	6
	SOLAMENTE FUMO CIGARRILLOS CON MI FAMILIA EN OCASIONES ESPECIALES	1	0	8	9
Total		5	10	92	107

Para este estudio se encontró una correlación de spearman de $p= 0.72$.

17.DISCUSIÓN.

El uso de alcohol y tabaco alcohol suele iniciarse en la adolescencia. Así, los porcentajes que cursan en su mayoría secundaria fueron de 12 años y 15 años respectivamente. En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)2011 se reportó que la edad de inicio para consumo de cualquier droga fue de 15 años.^{4,5}

Los resultados obtenidos en el estudio indican que el alcohol representa la droga de inicio reportada con mayor frecuencia a comparación del tabaco. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010 proyectó que la la droga de inicio reportada con mayor frecuencia fue el tabaco por 14,224 personas (55.4%), seguida de alcohol (31.2%).^{5,6}

Los usuarios adolescentes de la consulta externa de Medicina familiar fueron de predominio masculino a diferencia de los resultados presentados con el sexo opuesto. En el Instituto Mexicano del Seguro Social en su informe de salud en los adolescentes 2008 refiere que el 14 % de la población corresponde a este grupo con un total de 4.6 millones, de los cuales el 49% son hombres y el 51% son mujeres .¹¹

Numerosos estudios han analizado la importancia de diferentes variables que preceden al uso y abuso de sustancias en la adolescencia actuando como factores de riesgo o protección. Entre los factores analizados se cuentan la existencia de leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, disponibilidad de esas sustancias, deprivación económica extrema, desorganización del entorno social, diferentes factores fisiológicos, actitudes y comportamientos familiares en relación a las drogas, prácticas de manejo familiar pobres o inconsistentes, conflictos familiares, bajo apego a la familia, problemas de conducta precoces y persistentes, fracaso escolar, bajo compromiso con la escuela, rechazo de los iguales al comienzo de la escolaridad, asociación con iguales consumidores de drogas, actitudes favorables al uso de drogas e inicio precoz del uso de sustancias.^{2,13}

La naturaleza multicausal del abuso de sustancias en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de diversos factores de riesgo y protección.

En México, se han efectuado muy pocos estudios sobre la evaluación de la efectividad de programas de prevención del abuso de sustancias. Estudios de programas de prevención dirigidos a adolescentes, puso de manifiesto que las intervenciones más efectivas en términos de su capacidad para modificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas eran las que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y las basadas en el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas.

En conclusión con estos hallazgos, muchos programas de prevención del abuso de sustancias incluyen entre sus componentes el entrenamiento en asertividad

y otras habilidades sociales que se ha argumentado que estas habilidades pueden contribuir a mejorar la resistencia de los adolescentes a la presión del grupo de iguales para consumir drogas.¹²

18. CONCLUSIONES.

Los usuarios adolescentes de la consulta externa de Medicina familiar fueron de predominio masculino.

Los adolescentes que participaron en el presente estudio mostraron que el uso de alcohol es más frecuente que el uso de tabaco. Además, se pudo comprobar que los niveles de consumo inicial se presentan en edad de 12 años para el uso de alcohol y 15 años para el uso de tabaco, lo que justificaría la conveniencia de continuar avanzando en el desarrollo de estrategias preventivas efectivas destinadas a los adolescentes. Se encontró que solo el 2.8% del grupo tienen como habilidad social la asertividad para el uso de alcohol y el 3.7% la presentan para el uso de tabaco. A pesar de los resultados obtenidos con un bajo porcentaje en nuestro grupo de estudio se comprueba que son compatibles con la hipótesis ya que la asertividad es considerada un factor protector para el uso de estas sustancias. Se analizaron nuevos datos sobre la relación entre asertividad y consumo de sustancias con el fin de mejorar el conocimiento sobre los determinantes del uso de sustancias nocivas en la adolescencia y proporcionar bases sobre las cuales diseñar programas de prevención efectivos.

19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.

Se recomienda ampliar el tiempo de estudio para obtener una muestra más

significativa para el de uso de alcohol y tabaco en adolescentes ya que podemos seguir identificando que quienes carecen de asertividad para el uso de dichas sustancias se pueda implementar un seguimiento de los casos, creación de un grupo de adolescentes a nivel institucional para la implementación de estrategias en este grupo vulnerable. Para que obtengan habilidades sociales como la asertividad para el uso de drogas y para ser valorados de manera multidisciplinaria para influir en los factores modificables y generar un entorno saludable que incluya a toda la familia.

20. BIBLIOGRAFÍA.

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas. Informe Mundial sobre las Drogas 2017.
2. Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública. Drogas y seguridad; 2012. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drogasSeguridad_ESP.pdf
3. Medina M, Real T. The Drug Scene in Mexico and the Road Ahead. Adicciones; 2013; 25 (4):296. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/29/29>
4. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta

- nacional de las adicciones 2011.
5. Villatoro J, Medina M, Fleiz B, Tellez R, Mendoza A, Romero M, et al. El Consumo de Drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*. 2012; 35(6):450-451.
 6. Prevención y detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 26/Marzo/2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
 7. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Reporte Nacional 2010. Secretaría de Salud 2010.
 8. Kramer J F., Cameron D C. Manual sobre la Dependencia de Drogas. Organización Mundial de la Salud, 1975. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40467/1/9243540483_es.pdf
 9. Organización Mundial de la Salud (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Desarrollo en la Adolescencia. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia una época de oportunidades. 2011.
 11. Instituto Mexicano del Seguro Social. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes. *Revista Médica del IMSS*, 2008; 46(1):91-100.
 12. Centros de Integración Juvenil, A.C. Asertividad y Consumo de Drogas en Estudiantes Mexicanos. México. 2012.

13. Peñafiel Pedroza E. Factores de Riesgo y Protección en el Consumo de Sustancias en Adolescentes. Pulso 2009, 32: 148.
14. Griffin K, Botvin G. Evidence. Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010; 19:505-526. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499310000210>
15. Flores, M. Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1994.
16. Roca, E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. 4ª edición. Valencia: Ed. ACDE; 2014.
17. De la Plaza J. La Inteligencia Asertiva. 1ª ed. 5ª reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. V&R, 2017.
18. Flores M. Asertividad: Una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Abril 2002; (221):34-47.
19. Flores M, Díaz L, editores. Escala Multidimensional de Asertividad. 2ª edición. México: Ed. Manual Moderno; 2004.
20. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 1994. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
21. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima

- Revisión (CIE-10) [libro electrónico]. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud; 2008.
22. Norma Oficial Mexicana. NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
23. Centros de Integración Juvenil A.C. Manual de protocolos médicos para la atención de las adicciones. Serie: Técnica de tratamiento y rehabilitación; 2015.
24. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes riesgos para la salud y soluciones, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud 12 de agosto. Datos Nacionales, 2016. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf
26. Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados Generales, 2011. Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf.
27. Reseña de "Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos" del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2002.
28. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para

la Salud. Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. México, 1983.

29. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013.

21. ANEXOS.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MI PARTICIPACIÓN EN PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASERTIVIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES PARA EL USO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Ciudad de México a _____ de _____ del 2016.
Numero de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Con mi participación en este estudio se podrá conocer información sobre la presencia de asertividad como factor protector en adolescentes para rechazar el uso de alcohol y tabaco. De igual forma se podrá conocer más sobre la relación que existe entre el uso de estas sustancias en este grupo de edad a la cual pertenezco. Este proyecto de investigación aplica una prueba que se llama "Escala multidimensional de asertividad (EMA)," la cual se dirige a la población Mexicana.
Procedimientos:	Con mi autorización podré participar en este estudio. Se me otorgará un cuestionario el cual llenaré en un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos durante mi espera en la consulta externa. Previamente se me explicó el adecuado llenado del cuestionario el cual consiste en solo lectura y de selección de respuestas. Las respuestas serán analizadas y se les otorgará una puntuación. Además se me pedirá información sobre algunos datos demográficos y antecedentes de uso de alcohol y tabaco. Los resultados serán entregados a las autoridades de la Unidad para fines de investigación.
Posibles riesgos y molestias:	No hay ningún riesgo de daño físico o emocional por participar en este estudio.
Posibles beneficios que recibirá el participar en el estudio:	No habrá ninguna compensación directa de pago o costo por mi participación en este estudio. Sin embargo con la información que se recolecte del cuestionario se podrá determinar la presencia de una habilidad social protectora para rechazar el uso de alcohol y tabaco de una manera asertiva. Para esta Unidad es de gran importancia conocer y detectar factores de riesgo que comprometen la salud en la etapa de la adolescencia para poder establecer medidas individuales y grupales.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Solo el investigador y sus colaboradores interesados dentro de la institución podrán hacer uso de la información proporcionada en el cuestionario. En caso de requerir fortalecer mi asertividad se me proporcionará la dirección de un centro el cual me facilitará un programa específico para mejorar esta habilidad social.
Participación o retiro:	Mi participación en este estudio es voluntaria. Se me otorgará el cuestionario correspondiente y en el momento en el que yo decida dejar de participar se me ha explicado que no repercutirá en mi atención en cualquier servicio de esta Unidad.
Privacidad y confidencialidad:	La información que yo proporciono se manejará de forma estrictamente confidencial y únicamente se utilizará para los fines de este estudio.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> El autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> El autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficio al ámbito del estudio:	Ser participante de una evaluación que permitirá detectar la presencia de asertividad y la relación de uso de alcohol y tabaco.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Leticia Ramírez Bautista, médico Familiar con matrícula 8889341 con adscripción en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 9830, Delegación Iztapalapa, Distrito Federal. Sitio de trabajo en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Teléfono. 56860236. Extensión 21481. Celular.55 190 11 581. Sin fax. Con e-mail: leticia.ramirez@imss.mx

Colaboradores: Marysol Cruz Juárez, residente de tercer año de Medicina Familiar con matrícula 98388304 y adscripción en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 9830, Delegación Iztapalapa, Distrito Federal. Sitio de trabajo: Consulta Externa. Teléfono. 54288922, celular 5532238681. Sin fax, con e-mail: solecito_lm_aloha@hotmail.com

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 330 4° 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

Cruz Juárez Marysol

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

Nombre y firma

Nombre 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.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MÉDICA FAMILIAR No.31

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y APLICACIÓN DE CUESTIONARIO EMA

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:

1. Adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina familiar número 31
2. Que acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado

No llenar

1	FOLIO R2018-3609-027		1 1 1 1 1
2	Fecha:(dd/mm/aa) ____/____/____		1 1 1 1 1
3	NOMBRE(S):	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	
4	NSS:	5 TELÉFONO	1 1 1 1 1
6	TURNO: 1.Matutino () 2.Vespertino ()		1 1
7	NÚMERO DE CONSULTORIO: ()		1 1
8	EDAD: ____ años cumplidos	9 SEXO: 1.Masculino () 2.Femenino ()	1 1 1 1 / 1 1
10	ESTADO CIVIL 1.Soltero () 2.Casado () 3. Unión libre ()		1 1
11	ESCOLARIDAD 1.Primaria incompleta () 2.Primaria completa () 3.Secundaria () 4.Preparatoria () 5. Licenciatura ()		1 1
12	VIVIENDA 1.Con mis padres () 2.Con mi pareja () 3. Con otros familiares () 4. Con amigos () 5. Independiente ()		1 1
13	OCUPACION. 1. Estudiante () 2. Actividad laboral o empleo () 3.Ninguno ()		
14	USO DE ALCOHOL 1. Nunca he tomado bebidas alcohólicas, ni siquiera una vez () 2. Alguna vez he tomado bebidas alcohólicas pero ahora ya no () 3.Solamente tomo bebidas alcohólicas con mi familia en ocasiones especiales() 3.Tomo bebidas alcohólicas esporádicamente, en fiestas o celebraciones () 4.Tomo bebidas alcohólicas al menos una vez por semana () 5. Tomo bebidas alcohólicas al menos una vez al día ()		1 1
15	EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS ____ Años		1 1
16	FAMILIARES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS 1.Madre () 2.Padre () 3. Hermanos () 4. Otro () 5. Ninguno ()		1 1
17	MIS AMIGOS CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS 1.Si () 2.No ()		1 1
18	ACTUALMENTE TENGO EL CONOCIMIENTO DE QUE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS PERJUDICAN LA SALUD 1.Si () 2.No ()		1 1
19	USO DE TABACO 1. Nunca he fumado cigarrillos, ni siquiera una vez () 2. Alguna vez he fumado cigarrillos, pero ahora ya no he fumado más () 3.Solamente fumo cigarrillos con mi familia en ocasiones especiales() 3.Fumo cigarrillos esporádicamente, en fiestas o celebraciones() 4.Fumo cigarrillos al menos una vez por semana () 5.Fumo cigarrillos diario ()		1 1
20	EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO ____ Años		1 1
21	FAMILIARES QUE CONSUMEN TABACO 1.Madre () 2.Padre () 3. Hermanos () 4. Otro () 5. Ninguno ()		1 1
22	MIS AMIGOS FUMAN TABACO 1.Si () 2.No ()		1 1
23	ACTUALMENTE TENGO EL CONOCIMIENTO DE QUE EL CONSUMO DE TABACO PERJUDICA LA SALUD 1.Si () 2.No ()		1 1
	INSTRUCCIONES: A CONTINUACION HAY UNA LISTA DE AFIRMACIONES. ANOTE EN FRENTE DE CADA AFIRMACION SU RESPUESTA. HAY 5 RESPUESTAS POSIBLES 1.Completamente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Completamente de acuerdo Por favor conteste sinceramente.		
24	Puedo reconocer públicamente que cometí un error.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
25	No soy capaz de expresar abiertamente lo que realmente pienso.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
26	Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de otros.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
27	Me es más fácil decirle a alguien que acepto su crítica a mi persona, por teléfono que personalmente.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

28	Me es difícil expresar mis deseos.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
29	Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
30	Puedo decirle a alguien directamente y actué de manera injusta.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
31	Cuando discuto con una persona acerca del lugar donde vamos a comer, yo expreso mi preferencia.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
32	Me cuesta trabajo hacer nuevos(as) amigos(as).	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
33	No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
34	Puedo agradecer un alago hecho acerca de mi apariencia personal.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
35	Si tengo alguna duda, pido que se me aclare.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
36	Cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
37	Solicito ayuda cuando la necesito.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
38	Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
39	Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado, por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
40	Me es fácil aceptar una crítica.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
41	Me es fácil pedir prestado algo, por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
42	Puedo pedir favores.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
43	Expreso con mayor facilidad mi desagrado por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
44	Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
45	Me molesta que me digan los errores que he cometido.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
46	Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
47	Puedo decirle a las personas que actuaron injustamente, más fácilmente por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
48	Prefiero decirle alguien que deseo estar solo(a), por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
49	Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
50	Puedo pedir que me enseñen cómo hacer algo que no sé cómo realizar.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
51	Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
52	Me es más fácil hacer un cumplido, por medio de una tarjeta o carta que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
53	Es difícil para mí alabar a otros.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
54	Me es difícil iniciar una conversación.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
55	Es más fácil rehusarme ir a un lugar que no deseo ir, por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
56	Encuentro difícil admitir que estoy equivocado(a).	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
57	Me da pena participar en las pláticas por temor a la opinión de los demás.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
58	Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta, por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
59	Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
60	Puedo admitir que cometí un error, con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
61	Acepto sin temor una crítica.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
62	Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
63	Prefiero decirle a alguien sobre lo que deseo en la vida, por escrito, que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
64	Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
65	Me cuesta trabajo decirle a otros lo que me molesta.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
66	Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
67	Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
68	Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas. Informe Mundial sobre las Drogas 2017.

² Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública. Drogas y seguridad; 2012. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drogasSeguridad_ESP.pdf

³ Medina M, Real T. The Drug Scene in Mexico and the Road Ahead. Adicciones; 2013; 25 (4):296. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/29/29>

⁴ Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de las adicciones 2011.

⁵ Villatoro J, Medina M, Fleiz B, Tellez R, Mendoza A, Romero M, et al. El Consumo de Drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Salud Mental. 2012; 35(6):450-451.

⁵ Villatoro J, Medina M, Fleiz B, Tellez R, Mendoza A, Romero M, et al. El Consumo de Drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Salud Mental. 2012; 35(6):450-451.

⁶ Prevención y detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 26/Marzo/2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

⁷ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Reporte Nacional 2010. Secretaría de Salud 2010.

⁹ Organización Mundial de la Salud (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Desarrollo en la Adolescencia. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

¹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia una época de oportunidades. 2011.

¹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes. Revista Médica del IMSS, 2008; 46(1):91-100.

¹² Centros de Integración Juvenil, A.C. Asertividad y Consumo de Drogas en Estudiantes Mexicanos. México. 2012.

-
- ² Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública. Drogas y seguridad; 2012. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drogasSeguridad_ESP.pdf
- ¹³ Peñafiel Pedroza E. Factores de Riesgo y Protección en el Consumo de Sustancias en Adolescentes. Pulso 2009, 32: 148.
- ⁶ Prevención y detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 26/Marzo/2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- ¹⁴ Griffin K, Botvin G. Evidence. Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010; 19:505-526. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105649310000210>
- ¹⁵ Flores, M. Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1994.
- ¹⁶ Roca, E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. 4ª edición. Valencia: Ed. ACDE; 2014.
- ¹⁷ De la Plaza J. La Inteligencia Asertiva. 1ª ed. 5ª reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. V&R, 2017.
- ¹⁵ Flores, M. Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1994.
- ¹⁸ Flores M. Asertividad: Una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Abril 2002; (221):34-47.
- ¹⁹ Flores M, Díaz L, editores. Escala Multidimensional de Asertividad. 2ª edición. México: Ed. Manual Moderno; 2004.
- ⁷ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Reporte Nacional 2010. Secretaría de Salud 2010.
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 1994. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- ² Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública. Drogas y seguridad; 2012. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drogasSeguridad_ESP.pdf
- ⁶ Prevención y detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 26/Marzo/2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- ⁸ Kramer J F., Cameron D C. Manual sobre la Dependencia de Drogas. Organización Mundial de la Salud, 1975. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40467/1/9243540483_es.pdf
- ²¹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) [libro electrónico]. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- ²³ Centros de Integración Juvenil A.C. Manual de protocolos médicos para la atención de las adicciones. Serie: Técnica de tratamiento y rehabilitación; 2015.
- ⁷ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Reporte Nacional 2010. Secretaría de Salud 2010.
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 1994. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- ²³ Centros de Integración Juvenil A.C. Manual de protocolos médicos para la atención de las adicciones. Serie: Técnica de tratamiento y rehabilitación; 2015.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. Adolescentes riesgos para la salud y soluciones.2014.Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- ²⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del día internacional de la Juventud. Datos Nacionales.
- ²⁶ Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados Generales, 2011. Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imjgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf.
- ¹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes. Revista Médica del IMSS, 2008; 46(1):91-100.
- ¹² Centros de Integración Juvenil, A.C. Asertividad y Consumo de Drogas en Estudiantes Mexicanos. México. 2012. P. 132, 133

⁴ Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de las adicciones 2011.

⁵ Villatoro J, Medina M, Fleiz B, Tellez R, Mendoza A, Romero M, et al. El Consumo de Drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*. 2012; 35(6):450-451.

⁵ Villatoro J, Medina M, Fleiz B, Tellez R, Mendoza A, Romero M, et al. El Consumo de Drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*. 2012; 35(6):450-451.

⁶ Prevención y detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 26/Marzo/2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

¹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes. *Revista Médica del IMSS*, 2008; 46(1):91-100.

² Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas: Estudios. *Drogas y Salud Pública. Drogas y seguridad*; 2012. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drogasSeguridad_ESP.pdf

¹³ Peñafiel Pedroza E. Factores de Riesgo y Protección en el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Pulso* 2009, 32: 148.

¹² Centros de Integración Juvenil, A.C. *Asertividad y Consumo de Drogas en Estudiantes Mexicanos*. México. 2012.