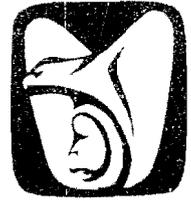




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA. HOSPITAL GENERAL REGIONAL
NUMERO 1 CUERNAVACA MORELOS.

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y FRECUENCIA DEL USO DE
DROGAS EN ADOLESCENTES, CURSANDO EL NIVEL
ESCOLAR MEDIO ADSCRITOS A LA UMF No 21 EN
JANTETELCO MORELOS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. BOGART CARRERAS OLIVAR.

CUERNAVACA MORELOS

NOVIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y FRECUENCIA DEL USO DE
DROGAS EN ADOLESCENTES, CURSANDO EL NIVEL
ESCOLAR MEDIO ADSCRITOS A LA UMF No 21 EN
JANTETELCO MORELOS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. BOGART CARRERAS OLIVAR.



DRA ANA MARIA ROMAN ROMAN.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES.
H.G.R. CON MF. No 1. CUERNAVACA MORELOS



DR. JOSE PONCIANO LOPEZ REYES.

ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO DEL TEMA DE TESIS, MEDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y TERAPEUTA FAMILIAR CON
DIPLOMADO EN INVESTIGACION EN LA U.M.F. No 20.
CUERNAVACA MORELOS.



DR. JUAN ORTIZ PERALTA.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.
H.G.R. CON MF. No 1. CUERNAVACA MORELOS

CUERNAVACA MORELOS

NOVIEMBRE 2011

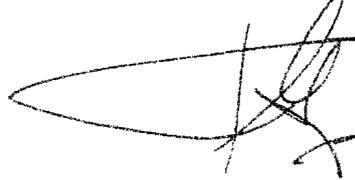
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y FRECUENCIA DEL USO DE
DROGAS EN ADOLESCENTES, CURSANDO EL NIVEL
ESCOLAR MEDIO ADSCRITOS A LA UMF No 21 EN
JANTETELCO MORELOS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

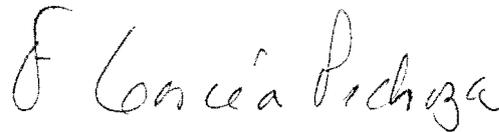
PRESENTA.

DR. BOGART CARRERAS OLIVAR

AUTORIZACIONES.



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

2. ÍNDICE GENERAL

	Pág.
1. Título.	01
2. Índice general.	04
3. Resumen	05
4. Marco teórico.	06
5. Planteamiento del problema.	23
6. Justificación.	23
7. Objetivos.	24
7.1 Objetivo General.	24
7.2 Objetivos Específicos	24
8. Hipótesis.	25
8.1 Hipótesis General.	25
9. Material y métodos.	25
9.1 Tipo de estudio.	25
9.2 Universo de estudio. Población lugar y tiempo de estudio.	25
9.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra.	25
9.4 Grupos de estudio.	
Criterios de inclusión, exclusión y no inclusión.	26
9.5 Operacionalización de las variables	27
9.6 Método o procedimiento para captar la información.	30
9.7 Consideraciones éticas.	32
10. Resultados.	32
11. Discusión.	55
12. Conclusiones.	57
13. Bibliografía.	58
Anexos.	61

2. ÍNDICE GENERAL

	Pág.
1. Título.	01
2. Índice general.	04
3. Resumen	05
4. Marco teórico.	06
5. Planteamiento del problema.	24
6. Justificación.	24
7. Objetivos.	25
7.1 Objetivo General.	25
7.2 Objetivos Específicos	25
8. Hipótesis.	25
8.1 Hipótesis General.	25
9. Material y métodos.	25
9.1 Tipo de estudio.	25
9.2 Universo de estudio. Población lugar y tiempo de estudio.	26
9.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra.	26
9.4 Grupos de estudio.	
Criterios de inclusión, exclusión y no inclusión.	26
9.5 Operacionalización de las variables.	27
9.6 Método o procedimiento para captar la información.	30
9.7 Consideraciones éticas.	32
10. Resultados.	33
11. Discusión.	
12. Conclusiones.	
13. Bibliografía.	
Anexos	

3. RESUMEN.

Carreras OB¹, López RJP². FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y FRECUENCIA DEL USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES, CURSANDO EL NIVEL ESCOLAR MEDIO ADSCRITOS A LA UMF No 21 EN JANTETELCO MORELOS.

Introducción. Pocas enfermedades perturban la vida de las comunidades y alteran tanto la dinámica de los núcleos familiares como las adicciones. Este es un problema de salud pública que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial, sacudiendo a las sociedades y a los gobiernos, el cual se perfila como un reto de gran importancia por superar. La UNODC estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3,5 a 5,7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en 2008. En México, la marihuana es la droga más difundida entre la población, seguida por el consumo de disolventes, principalmente entre los jóvenes del sector más desprotegido de la población. En los últimos años, a pesar de que las cifras de prevalencia siguen siendo inferiores a las reportadas en otros países, ha aumentado la experimentación con marihuana, inhalables y cocaína. La encuesta nacional sobre adicciones 2008 nos informa que a nivel nacional el consumo de drogas en la población adolescente de 12 a 17 años es del 4.8%, ubicando por debajo de la media nacional el consumo a nivel estatal el cual es del 1.4%. En el estado de Morelos existe el antecedente de un estudio realizado en la población estudiante del nivel medio y medio superior realizado en 1991 en el cual indicaron que el 7.7% del total de la muestra había consumido al menos una droga alguna vez en la vida. Ante el aumento en la disponibilidad y el riesgo de usar drogas, cabe preguntarse quiénes son los que no están expuestos o estando expuestos a la oportunidad de usar drogas, no las consumen. Dicho conocimiento es de vital importancia porque permite una mejor orientación de los programas preventivos.

OBJETIVO. METODOLOGÍA. Realizaremos un estudio del tipo encuesta transversal, emplearemos el método Analítico, retrospectivo, transversal, descriptivo, con una muestra no probabilística de 170, realizada de manera aleatoria en los pacientes adolescentes de la comunidad de nivel escolar medio, con los siguientes criterios de inclusión. Adolescentes de 12 a 17 años adscritos a la UMF 21 que estén de acuerdo en participar y que cuenten con el consentimiento de sus padres, se les explicara el objetivo y la motivación científica del estudio, se les proporcionara los instrumentos de evaluación los cuales son de auto aplicación y lápiz para el llenado de los mismos haciendo hincapié en la confidencialidad del estudio, se medirá el consumo de drogas de cualquier tipo la funcionalidad y tipología familiar de cada participante, se empleara un cuestionario de datos generales, el FACES III y un cuestionario para evaluar en consumo de drogas basado en la ENA. El estudio se apegará a las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos. Se presentará primero el análisis descriptivo de los datos utilizando porcentajes.

RESULTADOS. Se darán a conocer en la sesión general del HGR con MF No 1.

¹ Residente de Tercer año. Especialidad de Medicina Familiar, Medico de base de Unidad de Medicina Familiar No 21 (UMF 21), Jantetelco Morelos.

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Terapeuta Familiar con diplomado en Investigación, adscrito a la UMF no 20 Cuernavaca Morelos.

4. MARCO TEÓRICO.

Pocas enfermedades perturban la vida de las comunidades y alteran tanto la dinámica de los núcleos familiares como las adicciones. Este es un problema de salud pública que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial y que además de confrontar los valores familiares y la efectividad de la educación familiar, sacudiendo a las sociedades y a los gobiernos, se perfila como un reto de gran importancia por superar. ENA (2008).

La identificación de los factores que concurren en el complejo fenómeno de las adicciones, desde la disponibilidad y el acceso a las sustancias, hasta las opciones de tratamiento y rehabilitación para quienes las padecen, pasando por la identificación de aquellos factores que las favorecen o las dificultan, han requerido siempre de la utilización de varios instrumentos y herramientas que nos han servido para conocer la magnitud del problema, a la vez que son de gran utilidad también para la planificación de los servicios y las acciones necesarias para reducirlo, así como para evaluar el impacto de estas mismas. ENA (2008)

Las encuestas sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (particularmente dos legales, como son el tabaco y el alcohol, y otras identificadas como ilegales, como marihuana, cocaína, derivados del opio, anfetaminas y metanfetaminas, inhalables, alucinógenos y medicamentos consumidos sin prescripción médica, especialmente ansiolíticos, tranquilizantes y estimulantes) han constituido un valioso instrumento en la utilización sistemática de este conocimiento para la toma de decisiones y definición de referentes base, además de ser una ventana a través de la cual la sociedad puede observar y vigilar así como evaluar el impacto de las acciones que se ponen en marcha para controlar este importante problema de salud pública.¹

Por lo que constituye todo un reto, al cual se enfrenta nuestro país en materia de salud y bienestar social, en México el consumo de drogas ha ido en aumento, en la década de 1970 el instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente realizó las primeras encuestas sobre el tema de las adicciones en la población que habitaba en hogares de distintas partes del país entre las cuales

producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. Conadic (2008)

Tipos de drogas efectos y repercusiones.

Estimulantes

Cocaína. Popularmente conocida como *polvo, nieve, talco, perico o pase.* El crack es un derivado de la base con la que se produce la cocaína, que genera una reacción rápida al ser fumado, *Anfetaminas y metanfetaminas.* Conocidas también como *anfetas, corazones, elevadores, hielo, tacha, píldora del amor, crack, éxtasis, speed, fuego, vidrio, cruz blanca, cristal o ice, Éxtasis.* Conocida popularmente como Adam, éxtasis y X-TC, X, Rola, o la droga del amor.

Efectos. Euforia, excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución, cuando disminuye el efecto ("el bajón") se puede experimentar paranoia y agresión, sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía. En dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, y disminuye la sensación de fatiga; a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales.

Repercusiones. Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardíaca, Se altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación; induce crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad o, por el contrario, sueño y depresión. Conadic (2008)

estaban la ciudad de México, la Paz baja California, Mexicali, Monterrey, San Luis Potosí y Puebla Rojas (2009)

En México se han realizado tres encuestas nacionales sobre drogas entre la población estudiantil ² y cinco encuestas nacionales sobre este tema, En 1988 se realizó la primera encuesta nacional, misma que se repitió en 1993, 1998 y 2002. Las tres primeras reportaban datos urbanos y la cuarta, que modificó la periodicidad quinquenal con la que se hicieron las anteriores incluyó datos rurales, en este mismo año, se realizó una encuesta de epidemiología psiquiátrica, que incluyó a la población adolescente de entre 12 y 17 años del Distrito Federal y su zona conurbada. Se cuenta, además, con información proveniente de encuestas realizadas sin interrupción en escuelas desde 1976, con una periodicidad de dos o tres años. Se han realizado también múltiples estudios en poblaciones de alto riesgo que generalmente no se detectan en los grandes estudios, tales como los niños trabajadores y los que viven fuera de sus hogares, las personas que están en prisión, los usuarios de heroína, las comunidades indígenas, por mencionar algunas. ENA (2008)

Se cuenta también con un Sistema de Información en Drogas (SRID) que ha recabado información proveniente de instituciones de salud y del sistema de procuración de justicia dos veces por año sobre todos los casos registrados en 44 instituciones desde 1987. Los Centros de Integración Juvenil informan sobre las variaciones en las drogas consumidas, a partir de información recabada en sus centros de tratamiento. Hacia finales de los años ochenta, se puso en operación un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA), que recoge información proveniente de las instituciones de tratamiento, incluidas las organizaciones no gubernamentales. ³

DROGA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), originalmente definía como droga, aquella sustancia, que introducida en todo organismo vivo, es capaz de modificar una o varias de sus funciones, definición que se modificó en 1982, quedando como aquella sustancia con efectos psicoactivos capaz de modificar la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, así mismo que

Depresores.

Derivados del opio (morfina, heroína y codeína). También llamados estupefacientes o reina, jinete del Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H (hache). Se elaboran a partir de la goma de opio, que a su vez se extrae de una flor llamada adormidera o amapola. Se tratarán en conjunto, dado que sus representaciones, efectos y repercusiones son muy semejantes. Se encuentran en forma de polvo blanco muy fino o, cuando su fabricación es imperfecta, de color amarillento, rosado o café, de consistencia áspera. También se pueden presentar en forma de tabletas o pequeños bloques y en jarabe.

Efectos. Calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de "desconexión" respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante. Paralelamente puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión.

Repercusiones. Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones; deterioro personal y social. Conadic (2008)

Tranquilizantes (pastas, roche, pastillas, rufis). Son medicamentos que se encuentran en forma de tabletas de diferentes tamaños y colores; también en ampollitas ingeribles o inyectables se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos.

Efectos. Parecidos a los que producen los derivados del opio, aunque en la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte.

Repercusiones. Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía general. Pueden ocasionar convulsiones,

sea susceptible de ser auto administrada, actualmente desde la perspectiva medico científica, es aquella que cumpla con tres características principales:

- a) Capaces de alterar una o varias funciones psíquicas de un organismo vivo.
- b) Capaces de inducir a la auto aplicación repetida por el placer que estas generan.
- c) No tengan una indicación médica o no sean utilizadas con este fin. Conadic (2008)

Adicción.

La distinción entre uso y abuso de drogas, depende en gran medida del carácter legal de la adquisición de las mismas, así como el uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación.

En el caso de las drogas ilegales es común considerar que cualquier uso se le considera un abuso. Dicho esto el abuso se caracteriza por:

- ❖ El consumo continuo de la sustancia a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico persistente o recurrente, provocado o estimulado por el mismo.
- ❖ El consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulte físicamente arriesgado.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales). Conadic (2008)

La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica

nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y, si se combinan con alcohol, la muerte. Conadic (2008)

Inhalables. También conocidas como chemo, cemento, mona, activo, pvc, goma, thinner, o gasolina. Son una serie de sustancias químicas volátiles (que se desplazan por el aire) de uso casero, comercial o industrial.

Efectos. Sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones.

Repercusiones. Vómito, sueño, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y destrucción neuronal. Conadic (2008)

Alucinógenos

Marihuana. Se le conoce también como pasto, hierba, mota, toque, sin semilla. Se obtiene de una planta llamada cannabis, cuyas hojas de color verde, largas, estrechas y dentadas son trituradas; en ocasiones se mezclan las semillas y tallos de la planta. Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria. El hachís es una preparación de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra del cannabis, *peyote (cactus, mezcla, botones)*. Es una cactácea cuyo principal ingrediente activo es la mezcalina, responsable de los efectos que produce; se presenta en cápsula o en líquido color café que se bebe, *hongos (Psilocibina)*. Popularmente conocidos como hongos mágicos o alucinógenos, son plantas que crecen en lugares húmedos; la psilocibina es la sustancia que provoca los efectos alucinógenos., *Dietilamida del ácido lisérgico*. Más conocida como LSD, cubo de azúcar, ácidos, cielo azul o rayo blanco,

Efectos. Enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardíaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente y hambre, dilatación de las pupilas, temblor de manos y ftofobia (sensibilidad a la luz); alucinaciones visuales, táctiles y auditivas; desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento.

Repercusiones. Trastornos de la memoria, sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. Su abuso puede desencadenar “trastornos mentales” latentes, angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, agresividad, temblores, fiebre, alteraciones.⁴

Etiología. Factores de riesgo para el consumo de drogas:

La conducta adictiva (el abuso de drogas) no se puede reducir a un evento neuroquímico que ocurre en el cerebro. La probabilidad de que una persona consuma una droga o llegue a ser adicto no está relacionada sólo con las propiedades biológicas de la sustancia, sino también con el grado de vulnerabilidad, el contexto en el que el individuo se desenvuelve y los procesos de reforzamiento implicados.⁵

Una conducta, como es la del consumo de drogas, va a exigir una explicación bio-psico-social, o más bien socio- psico-biológica, porque el aspecto más importante, a nivel cuantitativo y cualitativo para explicar el consumo o no en una sociedad concreta como la nuestra, es en primer lugar las debidas a factores sociales, en segundo lugar a factores psicológicos, en tercer y último lugar a factores biológicos.

El uso de drogas es multifactorial, englobada en tres factores de importancia.

<i>Individuales</i>	<i>Familiares</i>	<i>Sociales</i>
Predisposición física.	Desintegración del núcleo familiar por separación, divorcio, o muerte de alguno de los cónyuges.	Disponibilidad y fácil acceso a las sustancias psicoactivas.
Baja autoestima.		Movimientos migratorios.
Poca tolerancia a la frustración.	Disfuncionalidad caracterizada por problemas de comunicación, mensajes contradictorios, rigidez en los roles, abandono afectivo o sobre protección.	Transculturación.
Sentimiento de soledad.		Hacinamiento.
Estados depresivos.		Pocas oportunidades para el empleo, la educación y la recreación.
Deseo de experimentar sensaciones fuertes.		Publicidad.

Es muy importante señalar que ninguno de los tres factores es responsable directo del problema, va a ser la relación que se presente entre los mismos lo que propicia o favorece que un individuo se inicie y se mantenga en el consumo de alguna droga.

Fuente: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf - pág. 1- 24

Prevalencia del uso de drogas.

El Informe Mundial sobre las Drogas del 2010 comienza con un análisis relativo a los tres mercados transnacionales de la droga más importantes, el de la heroína, el de la cocaína y el de los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA).

La UNODC estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3,5 a 5,7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en 2008. A nivel mundial, los consumidores de cannabis constituyen el principal grupo de consumidores de drogas ilícitas (entre 129 y 190 millones de personas). Le siguió en volumen de consumo el de sustancias del grupo de las anfetaminas y a continuación la cocaína y los opiáceos.

Sobre la base de estimaciones del número de consumidores de cannabis, opiáceos, cocaína y ETA a nivel mundial, se calcula que en 2008 había de 16 a 38 millones de consumidores problemáticos en el mundo. Ello corresponde a una proporción de entre el 10 y el 15% de todas las personas que consumieron drogas ese año. En el plano mundial, se calcula que durante el último año, entre el 12% y el 30% de los consumidores problemáticos recibieron tratamiento, lo que supone que entre 11 y 33,5 millones de consumidores problemáticos no recibieron tratamiento ese año. UNODC (2010)

La falta de datos en muchos países sigue limitando la comprensión del problema del consumo de drogas en un gran número de ellos, especialmente en África, algunas partes de Asia y las islas del Pacífico. La amplitud de la gama de estimaciones refleja la incertidumbre de los datos disponibles a nivel mundial. UNODC (2010)

El cannabis continúa siendo la droga más consumida en el mundo. La prevalencia anual de su consumo a nivel mundial oscila entre el 2,9 y el 4,3% de la población de entre 15 y 64 años de edad. La prevalencia más alta corresponde a Oceanía (del 9,3 al 14,8%), seguido de América (del 6,3 al 6,6%). Se calcula

que el número de consumidores anuales de cocaína en el mundo oscila entre 15 y 19,3 millones (prevalencia anual del 0,3 al 0,4%). Las regiones con mayor índice de prevalencia son América del Norte (2%), Oceanía (del 1,4 al 1,7%) y Europa occidental (1,5%). De 12,8 a 21,8 millones de personas (del 0,3 al 0,5% de la población mundial de edad comprendida entre 15 y 64 años) consumió opiáceos en 2008. Más de la mitad de los consumidores de opiáceos del mundo se encuentran en Asia. La UNODC estima que entre 13,7 y 52,9 millones de personas entre 15 y 64 años de edad han consumido alguna sustancia de tipo anfetamínico en el último año (entre el 0,3 y el 1,2% de la población), incluidos los consumidores de éxtasis, cuya cifra oscila entre 10,5 y 25,8 millones (entre el 0,2 y el 0,6% de la población). Oceanía, el Asia oriental y el Asia sudoriental, América del Norte, Europa occidental y Europa central son las regiones que registran mayores índices de prevalencia de consumo de ETA. ⁶

Diversos estudios internacionales describen la problemática del consumo de drogas en adolescentes y sus consecuencias para la sociedad. Un estudio realizado en adolescentes de Tailandia encontró una prevalencia de consumo de cigarrillos de 5,4%, de alcohol de 37,3% y de 37,8% para drogas ilícitas. ⁷

El último estudio en escolares realizado en Chile (2007) mostró una elevada prevalencia de consumo reciente y actual de alcohol y de tabaco. La prevalencia de abuso de alcohol (5 vasos o más en una salida habitual) se mantuvo estable en 12% y su uso intensivo (10 o más días en los últimos 30 días) aumentó de 7,9% a 9%. También mostró un alza en el consumo actual de marihuana (desde 16,6% a 20,4%), cocaína (4,4% a 5,6%), pasta base (3,9% a 4,9%) y éxtasis (3,4% a 3,9%). ⁸

En México, la marihuana es la droga más difundida entre la población, seguida por el consumo de disolventes, principalmente entre los jóvenes del sector más desprotegido de la población. En los últimos años, a pesar de que las cifras de prevalencia siguen siendo inferiores a las reportadas en otros países, ha aumentado la experimentación con marihuana, inhalables y cocaína. ENA (2008).

Según datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en México, más de tres millones de adolescentes (25,7%) entre 12 y 17 años han consumido bebidas alcohólicas, en la cual se muestra que la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes del área urbana alcanza 35% para la

población masculina, y 25% en la femenina. En adolescentes del área rural la prevalencia fue en los varones de 18% y 9.9% en las mujeres. En relación al uso de tabaco la prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de zonas urbanas fue de 10.1%, lo que equivale a casi un millón de jóvenes adolescentes. La prevalencia de fumadores en el área rural es 6.1 % de los adolescentes, de los cuales 11.3% son varones y solo uno por ciento mujeres. ENA (2008).

La encuesta nacional sobre adicciones 2008 nos informa que a nivel nacional, el consumo de cualquier droga en adolescentes según el sexo es de 3.7 para masculinos y de 2.1 para femeninos, el consumo de drogas ilícitas en la población adolescente de 12 a 17 años es del 4.8%, con un porcentaje menor el consumo a nivel estatal con 1.4%. En el estado de Morelos existe el antecedente de un estudio realizado en la población estudiantil del nivel medio y medio superior realizado en 1991 en el cual indicaron el 7.7% del total de la muestra había consumido al menos una droga alguna vez en la vida. Ante el aumento en la disponibilidad y el riesgo de usar drogas, cabe preguntarse quiénes son los que no están expuestos o, estando expuestos a la oportunidad de usar drogas, no las consumen.

Fuente. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Encuesta Nacional Sobre adicciones 2008. Reporte nacional y por entidad federativa (Morelos)

En los últimos diez años en México se han hecho varias encuestas sobre consumo de drogas e investigaciones específicas sobre el tema, en la población estudiantil de la ciudad de México se han hecho dos encuestas sobre la prevalencia del uso de sustancias la última realizada en el 2006 reporta que la prevalencia del uso de drogas fue del 17.8% porcentaje estadísticamente mayor al reporte del 2003 en un 2.6% en donde señalan que los hombres son el grupo más afectado para el consumo actual y para el rubro de consumo de drogas alguna vez en la vida, mencionando que de este grupo solo el 4.9% tienen un consumo regular, al analizar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela se encontró que los menores porcentajes de consumo se presentan en los que se dedican de tiempo completo a estudiar ya que el más alto índice de consumo corresponde a los que no asistieron a la escuela el año anterior el cual casi es del doble en relación a los que asistieron de tiempo completo y continuo a la escuela. ⁹

FAMILIA.

Concepto de familia desde la perspectiva del médico familiar.

“La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique, es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad.”¹⁰

Steinglass mencionado por Huerta define a la familia como una unidad integrada por elementos o individuos y subunidades (padres hijos etc.), los cuales interactúan unos con otros en una relación consistente y duradera, esto evidencia que todos los miembros y el sistema en sí serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.
11

Actualmente en México la estructura familiar está cambiando, por ejemplo aunque el poder patriarcal ha perdido relevancia, pertenecer a una familia aún sigue siendo importante y forma parte de la identidad del mexicano, por lo que la familia es el principal apoyo en la políticas de salud, la familia regula la transmisión de prácticas y valores culturales, en ella se producen relaciones sociales íntimas de poder, jerarquía o autoridad, estas acciones dotan a cada uno de sus miembros de un espíritu de familia el cual es generador de devociones, generosidades, intereses y solidaridades y en otras ocasiones de situaciones opuestas.¹²

La familia a su vez es un sistema que se compone de subsistemas, los cuales se constituyen como el engranaje de una maquinaria en el cual tenemos:

- I. Subsistema conyugal, al cual lo constituyen papa y mama.
- II. Subsistema paterno filial, constituido por padres e hijos.
- III. Subsistema fraternal, que se da entre los hermanos.

Así mismo toda familia tiene características que las pueden hacer similares o diferentes con respecto a otras, constituyendo las diferentes tipológicas las cuales se engloban en:

Por su composición, nuclear, extensa o compuesta, por su desarrollo, tradicional o moderna, por la demografía, urbana, suburbana o rural, por su ocupación, campesino, empleado o profesionista, por la integración, integrada, semi integrada o desintegrada.

Es importante señalar que también existen otras características que son indispensables conocer ya que Satir mencionada por Mendoza Solís, refiere que son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar lo que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar la cual puede ser: Autoritaria, Indiferente, Negligente, Indulgente y Permisiva o recíproca con autoridad.

Los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser Claros y Difusos o rígidos.

La comunicación que no es más que la forma en que la familia se comunica entre sí y la cual puede ser. Directa, Enmascarada y Desplazada.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad como lo expresó Florenzano al reportar que más del 55% de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con un grado de disfunción, de igual manera, Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción tener a un integrante enfermo.¹³

ADOLESCENCIA.

Los adolescentes, definidos en forma amplia como el grupo de población de entre 10 y 21 años, son aproximadamente 25% de la población de México, la adolescencia puede ser considerada dentro del ciclo vital como una etapa

saludable y también como una fase crucial en el desarrollo y la vida de los individuos, en términos de formación de hábitos de conducta y modelos de socialización, transformando toda la segunda década de la vida en un periodo de transición, por lo que es una etapa en donde las influencias externas adquieren una importancia progresiva, cuando se compara con la etapa anterior el adolescente es más vulnerable ya que se desenvuelve de forma diferente, esto influye su salud en su desarrollo físico y psicosocial, esto es acrecentado por el hecho de que es una etapa de experimentación natural lleva a que aparezcan comportamientos de riesgo, como los son el inicio precoz de la actividad sexual, ausencia de protección durante el mismo, bajos niveles de actividad física y uso de alcohol u otras drogas psicoactivas en los últimos años esto se ha visto reflejado con el aumento en el consumo de estas sustancias en el mundo.¹⁴

Uno de los aspectos más relevantes para el individuo es el relacionado con su tipo de crianza. Hoy sabemos que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos. Baumrid (1980) describió tres tipos de estilo parental: con autoridad, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martín (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. En la descripción de Craig (1997) el estilo parental con autoridad ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez. El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres con autoridad son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus

padres son negligentes se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1997).¹⁵

Es importante señalar que no se puede considerar al adolescente aislado de su familia y de la sociedad, y tampoco etiquetarlo como el rebelde problema.

Ya que el adolescente no está únicamente en contacto con un núcleo familiar cerrado, él necesita encontrar modelos de identificación, valores, hábitos y satisfactores, y los busca en la sociedad en la que se encuentra inmerso. Es por esta causa que si la sociedad se encuentra inmersa en un clima de inseguridad, confusión y manipulación de valores esto se refleja en el joven. Moreno (1994)

Es por esto que es importante considerar que la conducta adolescente necesita entenderse en un continuo, ya que existe una gran diferencia entre la fase inicial o pubertad, la adolescencia media y el final de la adolescencia. Este continuo encierra alrededor de diez años periodo en el cual se presenta una evolución y cambios constantes a nivel físico, emocional, mental y conductual.¹⁶

Peter Blos reconoce a la adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital la cual había sido interrumpida por el periodo de latencia, relacionada directa y causalmente a las transformaciones de la personalidad en la pubertad, entendiendo a la pubertad como las manifestaciones físicas de la maduración sexual, mencionando que el termino adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad, así mismo menciona que esta etapa esta caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta del individuo, observándose una profunda afectación debida a estos cambios la cual en una forma sutil y en un nivel inconsciente afecta el desarrollo de sus intereses su conducta social y la cualidad de su vida afectiva.¹⁷

Sheriff y Sheriff mencionados por Aberastury y Knobel refiere que la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto y que en las diferentes sociedades este periodo puede variar, sin embargo la base de este proceso la cual es la característica propia de la adolescencia es una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de si mismo y que lo lleva a abandonar su

autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. Definiendo a la adolescencia como la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta apoyándose en las relaciones objétales parentales internalizadas y verificando la realidad que el mundo social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición. Aberastury (1995)

Anna Freud menciona que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que en realidad toda la conmoción de este periodo de la vida debe ser estimada como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante este proceso.

Síndrome normal de la adolescencia.

Sintetizando las características de la adolescencia podemos mencionar los siguientes síntomas.

- 1.- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2.- Tendencia grupal.
- 3.- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- 4.- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo hasta el misticismo.
- 5.- Desubicación temporal.
- 6.- Evolución sexual manifiesta desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- 7.- Actitud social reivindicadora con tendencias antisociales o asociales de diversa intensidad.
- 8.- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de vida.
- 9.- Una separación progresiva de los padres.
- 10.- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. ¹⁸

En el grupo familiar conviven distintas personas con características físicas emocionales y sociales variadas, cada persona tiene cualidades que la hacen única e irrepetible, este papel hace que se tengan obligaciones y derechos dentro del grupo familiar, como ya se ha mencionado las funciones de la familia son muy importantes ya que estas permiten proteger a los adolescentes contra el consumo de drogas, por lo que existen factores de riesgo derivados del entorno familiar del individuo los cuales son los siguientes:

Percepción de que los padres y/o demás familiares se encuentran alejados.

Alcoholismo y/o uso de drogas por parte de los padres de familia.

Consumo de drogas de los hermanos mayores

Escaso involucramiento de la madre en las actividades de los hijos.

Limitadas expectativas de los padres con respecto a la educación de sus hijos.

La conducta represiva de uno de los padres, coexistente con una conducta permisiva por parte del otro.

No directividad y permisividad de los padres de familia.

Comunicación negativa crítica y falta de respeto.

Falta de límites o límites difusos.

Padres de temperamento violento y/o no comunicativo.

Madres frías, poco responsables y poco protectoras con sus hijos, que les ofrecen escasos estímulos y los presionan para llevar a cabo sus tareas.

Violencia intrafamiliar.

Padres aislados.

Tolerancia de la familia hacia el consumo de drogas.¹⁹

Es por estas características que la familia se describe entonces como el principal factor protector o de riesgo en adolescentes, ya sea para el consumo de sustancias o cualquier otra conducta disocial, considerando este hecho es de

llamar la atención que los programas destinados a la prevención estén diseñados con un enfoque solamente informativo de los riesgos hacia los jóvenes ya iniciados en el consumo haciendo de lado la percepción familiar y solo tomado en cuenta la situación individual de estos adolescentes.²⁰

FACES III.

La evaluación familiar la cual es llevada a cabo por los médicos de familia, comprende actividades de carácter clínico vinculadas entre si con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud.

La evaluación familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad, por lo que el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos, la creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, 1.- la verificación de una teoría 2.- la evaluación del efecto de un tratamiento psicoterapéutico.^{21 22 23}

FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y Cols, que cuenta con un respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto el modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales (modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte FACES III, este es un instrumento que nos da un aceptable acercamiento a la evaluación de cómo se encuentran la cohesión y adaptabilidad familiar en el momento de aplicar el instrumento.²⁴

Gómez clavelina y cols. En su trabajo de validación del FACES III al español mencionan que del total de familias estudiadas 84 familias cayeron dentro del rango de familias balanceadas (31.6%), 136 en rango medio (50.4%) y 50 en extremas (18.5%) y en cuanto a cohesión 185 familias se clasificaron en las áreas de balance (68.5%) y el resto en las áreas extremas, en adaptabilidad 119

familias se clasificaron en el área de balance (44.5%) y el resto en las extremas.

25

Llegándose a la conclusión de que FACES III en español aplicado a población mexicana es fiable en un 70%, obteniendo un coeficiente de fiabilidad alfa de cronbach de 0.70 terminando como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0.80. ²⁶

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México según datos obtenidos del ENA 2008 el 4.8% de los adolescente han consumido drogas por lo menos una vez en la vida, ²⁷ en el estado de Morelos según el estudio realizado por Herrera Vázquez et al el porcentaje de adolescentes de 11 a 18 años usuarios de drogas por lo menos alguna vez en la vida es del 4.47% ²⁸ Así mismo un estudio realizado en el 2006 por Villatoro Velázquez et al en estudiantes del nivel medio y medio superior del D.F. reporta que la prevalencia total del consumo de drogas fue del 17.8% lo cual nos indica que dentro de la comunidad escolar el uso es aún más común. ²⁹ Se sabe que el entorno familiar es un factor ambivalente ya sea protector o de riesgo frente a este problema por lo que es de suma importancia el conocer la relación que existe entre este y el uso o no de drogas, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿El funcionamiento familiar es diferente en familias con adolescentes usuarios de drogas a las de los adolescentes no usuarios que se encuentran adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos?

6. JUSTIFICACIÓN.

La drogadicción es un problema de salud pública de impacto mundial, que afecta en gran manera a las sociedades, no siendo la sociedad mexicana una excepción de este problema el cual en los últimos veinte años se ha incrementado de manera notable, ya que se trata de un problema de origen multifactorial es difícil englobarlo como entidad aislada, por el contrario se le considera desde la óptica bio psico social, siendo en especial los adolescentes el grupo de edad

más vulnerable para este fenómeno, el cual impacta de manera notable al desenvolvimiento de los mismos en su etapa adulta, ya que se menciona que entre más temprano se inicie el uso de estas sustancias es más probable que este resulte en adicción, múltiples estudios a nivel mundial resaltan la importancia que toma en este problema la atmosfera familiar en la cual el paciente se desenvuelve, siendo esta aún más influyente que otros factores de riesgo y protección. Es importante señalar que desafortunadamente existen pocos estudios que tomen en cuenta la interrelación de la funcionalidad de la familia con la prevalencia del uso de drogas en la adolescencia y en la comunidad de Jantetelco no existe ningún antecedente respecto a este problema.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el funcionamiento familiar en los adolescentes usuarios de drogas y en los adolescentes no usuarios adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar el funcionamiento familiar de los adolescentes adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos que cursen el nivel escolar medio.
- 2.- Determinar la frecuencia del uso de drogas en adolescentes con familias disfuncionales adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos.
- 3.- Determinar la frecuencia del uso de drogas en adolescentes con familias moderadamente disfuncionales adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos.
- 4.- Determinar la frecuencia del uso de drogas en adolescentes con familias funcionales adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos.
- 5.- Determinar la estructura familiar de los adolescentes adscritos a la UMF 21 en Jantetelco Morelos.

8. HIPÓTESIS.

8.1 HIPÓTESIS GENERAL.

Las familias con adolescentes usuarios de drogas presentan mayor disfuncionalidad que las de los adolescentes no usuarios de drogas adscritos a la UMF No 21 en Jantetelco Morelos.

9. MATERIAL Y MÉTODOS.

9.1 TIPO DE ESTUDIO.

Encuesta transversal.

Diseño del estudio.

Analítico, retrospectivo, transversal, descriptivo.

9.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Esta investigación se realizó en la población adolescente que se encontraba adscrita a la UMF No 21 del IMSS de la comunidad de Jantetelco Morelos que se encontraba cursando el nivel escolar medio en las escuelas secundarias federales adscritas al IEBEM en el periodo comprendido de junio y julio del 2011, en las cuales se llevó a cabo la invitación de los participantes y se les encuestó en la UMF No 21 del IMSS.

9.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Este trabajo estuvo encaminado a conocer una medida de frecuencia, por lo que se utilizó, La fórmula para tamaño de muestra de proporciones en poblaciones finitas la cual es:

$$n = \frac{N z^2 p q}{d^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

En donde:

N = es la población en estudio. 1236 población adolescente de 12 a 17 años adscrita a la UMF No 21 cursando el nivel escolar medio.

z= intervalo de confianza 95%

p= proporción 4.8% prevalencia

q= la diferencia para completar la unidad ($p+q=1$) 0.952

d= coeficiente de confiabilidad. 5% 0.0025

n= pacientes estudiados. 170

9.4 GRUPOS DE ESTUDIO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Adolescentes de 12 a 17 años de ambos sexos.
- 2.- Que estuvieron de acuerdo en participar en este estudio (asentimiento informado)
- 3.- Que tuvieron el consentimiento de sus padres.
- 4.-Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No 21.
- 5.- Que se encontraban estudiando el nivel escolar medio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Que padecieran alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica, que condicione el uso de medicamentos con efecto a nivel nervioso central.
- 2.- Que no aceptaron participar.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- 1.- Que no llenaron adecuadamente los cuestionarios o los que estuvieron incompletos.

9.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variable.	Definición operacional	Tipo de variable.	Escala de medición.	Instrumento de medición.
Uso de drogas.	Consumo de cualquier sustancia con efecto psicoactivo sin importar su vía de administración.	Cualitativa, categórica.	0 = Sin uso de drogas. 1 = Usuarios de drogas.	Cuestionario sobre uso de drogas.
Tipo de droga.	Tipo de droga que ha consumido el encuestado	Cualitativa categórica	a.- alcohol 0= no 1=si b.- tabaco. 0=no 1=si c.- marihuana, cocaína, heroína, inhalables, anfetaminas, metanfetaminas, sedantes, barbitúricos, heroína, alucinógenos. 0=no 1=si d.-Edad de inicio 12 a 17 años 2=nunca ha usado e.- uso en el último año. 0=no 1=si 2=nunca ha usado f.- uso en el último mes 0=no 1=si 2=nunca	Cuestionario sobre uso de drogas.

ha usado

g.- cantidad que usa
cada vez que
consume

0= de 1 a 3

1= más de 3

2=nunca ha usado

Opinión acerca del
uso de drogas.

0= nada grave

1=poco grave

2=bastante grave

3= muy grave

4=no sabe

Orientación sobre el
uso de drogas.

0=no 1=si

Atracción sobre el
uso de drogas

0=no 1=si

Funcio
nalidad
familiar.

Característi
ca de las
familias
relacionada
a la forma
en cómo
actúan
cada uno
de sus
miembros
para dar a
la misma
un
adecuado o
inadecuado
resultado,
en base a
la forma en
cómo se
comportan
sus
integrantes
en la
sociedad.

Cualitativa,
nominal.

0= Disfuncionales

a) No relacionada
rígida.

b) No relacionada
caótica.

c) Aglutinada rígida.

d) Aglutinada
caótica.

1=Moderadamente
disfuncionales

e) Semirelacionada
rígida.

f) Semirelacionada
caótica.

g) Relacionada
rígida.

h) Relacionada
caótica.

i) No relacionada
estructurada.

j) No relacionada
flexible.

k) Aglutinada
estructurada.

l) Aglutinada

FACES III

			flexible.	
			2=Funcionales m) Semirelacionada estructurada. n) Semirelacionada flexible. ñ) Relacionada estructurada. o) Relacionada flexible.	
Tipología familiar.	Características, que hacen similares o diferentes a las familias con respecto a otras.	Cualitativa, nominal.	A= Composición. 0=Nuclear. 1=Extensa. 2=Compuesta. 3=Monoparental. 4=Reconstituida B=Desarrollo. 0=Tradicional. 1=Moderna. C= Ocupación. 0= Campesino. 1=Empleado. 2=Profesionista. 3=Obrero. 4=Comerciante. 5= Servicios. D= Integración. 0= Integrada. 1=Semi integrada. 2=Desintegrada.	Cuestionario de datos generales
Edad.	Tiempo de vida en años cumplidos de una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Covariable, cuantitativa, continua.	Años cumplidos. 12 a 17 años.	Cuestionario de datos generales.
Sexo.	Características biológicas	Covariable, cualitativa, dicotómica.	0= Masculino. 1= Femenino.	Cuestionario de datos generales

	que distinguen la diferencia entre hombres y mujeres.			
Escolaridad.	Nivel académico o grado máximo de estudios de cada individuo.	Covariable, cualitativa, nominal.	0= Secundaria.	Cuestionario de datos generales
Lugar de residencia	Sitio en el cual reside		0= Jantetelco	

9.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

PERSONAL. El investigador principal se encargo de aplicar los cuestionarios a los adolescentes participantes, con ayuda de la trabajadora social y el enfermero del turno vespertino.

LUGAR. En coordinación con el servicio de trabajo social y medicina preventiva, se visitaron las diferentes escuelas del nivel medio de la comunidad de Jantetelco previa autorización del IEBEM, para invitar a los adolescentes a participar siendo seleccionados de manera aleatoria tomando como referencia el número de lista de cada grupo, los cuales acudieron a la UMF No 21.

CUESTIONARIOS. La primera parte del cuestionario consto de preguntas cerradas para conocer algunos datos socios demográficos de los participantes, dichos datos correspondían a las variables tipología familiar y a las consignadas como posiblemente confusoras. (Anexo II).

Se aplicó el modelo diseñado por Olson y Killorin, validado al español por el Dr. Gómez Clavelina y cols. Para evaluar funcionalidad familiar FACES III, el cual contiene 20 preguntas: 10 nones que evalúan la cohesión familiar y las 10 pares la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre). (Anexo III)

Se aplicó un cuestionario basado en la ENA 2002 para evaluar el uso de drogas con lo cual se pudo clasificar el mismo. (Anexo IV)

Posterior a la aplicación del instrumento y los cuestionarios, se clasificó de acuerdo a los tipos de familia en tres grupos las disfuncionales, las medianamente disfuncionales y las funcionales y posteriormente se evaluó la prevalencia del uso de drogas así como su opinión sobre las mismas, en los tres grupos ya diferenciados.

RECLUTAMIENTO. Se invitó a los adolescentes que se encontraban cursando el nivel escolar medio en las dos escuelas ubicadas en el municipio de Jantetelco, para lo cual se elaboró un oficio dirigido al IEBEM el cual fue autorizado por el director del nivel medio en el estado de Morelos, (dicho documentó se enviara en los anexos) posteriormente se acudió a dichas escuelas y en coordinación con las autoridades de las mismas se nos permitió invitar a los alumnos los cuales se seleccionaron de manera aleatoria en los diferentes grupos y grados académicos para explicar el objetivo y la motivación científica del estudio, se les invito a participar para que después de esto acudieran a la UMF No 21 en donde se les entrego el anexo correspondiente denominado consentimiento informado para ser firmado por su padre o tutor y asentimiento informado el cual firmaron ellos, se les entrego los cuestionarios los cuales se recabaron para su vaciado la base de datos y su análisis en el paquete estadístico.

ANALISIS ESTADISTICO.

UNIVARIADO. Se midió frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas así como la media, moda y desviación estándar de las variables cuantitativas.

BIVARIADO. Se comparó la variable dependiente cualitativa categórica uso de drogas e independiente cualitativa nominal funcionalidad y tipología familiar con las variables edad, género y escolaridad. Mediante chi cuadrada, En todos los casos se aceptó significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico Microsoft EXCEL y Stata V10.

MATERIAL.

Computadora Acer Aspire 3003LCi Mobile AMD Sempron.

Impresora HP Laser Jet P1006, Escritorio y silla, Cuestionarios (los necesarios).

Papelería: lápices, lapiceros, gomas, corrector (los necesarios)

Cuestiones operativas y costos

Infraestructura y Administración a cargo del IMSS

Costos netos del protocolo de estudio a cargo del investigador principal.

9.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio fue sometido a la aprobación del Comité local de investigación CLIS con sede en Cuernavaca Morelos, basado en la Ley General de Salud vigente para México,³⁰ con la aplicación de lo propuesto por la declaración de Belmont y Código de Núremberg.³¹ Se solicitó el consentimiento o asentimiento de todos los participantes y en caso de aceptación, se pidió que firmaran el mismo. Se les dio la certeza que en la presentación de resultados se respetó la confidencialidad de los participantes, así mismo es importante señalar que en los casos que se encontró disfunciones familiares severas en estos adolescentes se canalizo con un especialista en la materia dentro del IMSS, en el caso de uso frecuente se les invitaría a un grupo de autoayuda relacionado con adicciones el cual se encuentra ubicado en la comunidad pero no se encontró esta situación en ningún caso. Así mismo se impartieron pláticas dentro de las escuelas con el fin de informar acerca del riesgo del uso de drogas esto con un fin preventivo.

10. RESULTADOS.

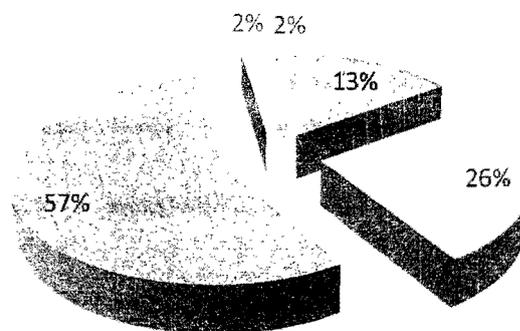
En el presente estudio se evaluaron características sobre la dinámica familiar y el uso de drogas en 170 pacientes adolescentes, de estos participantes 50% fueron del sexo femenino (n= 85) y 50% del sexo masculino (n= 85), con un rango de edad de 12 a 17 años encontrándose una media de 14.3 con una desviación estándar de +- 0.07176, moda de 15 años y mediana de 14.5 años (p=0.315) es decir no significativa, Tabla 1, grafica 1 y 2.

Sexo	Edad.						Total
	12	13	14	15	16	17	
Femenino	2	11	22	48	2	0	85
Masculino	3	21	19	38	3	1	85

Tabla 1.

Edad Adolescentes femeninos.

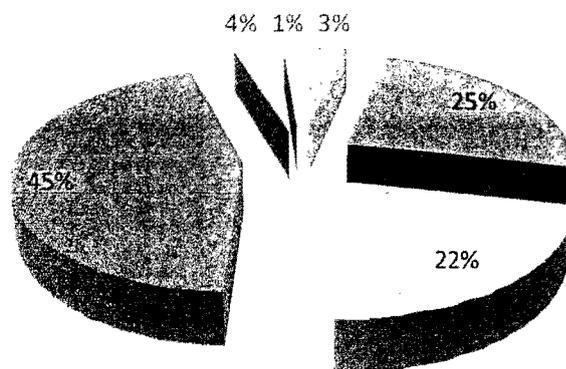
12 años 13 años 14 años 15 años 16 años



Grafica 1.

Edad Adolescentes masculinos.

12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años



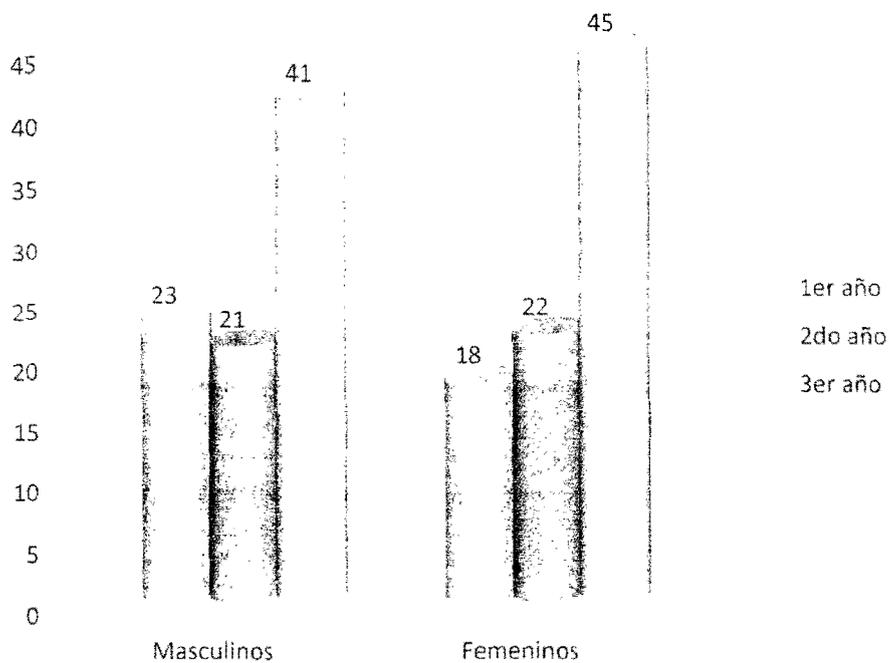
Grafica 2.

Grafica 2.

El 24.12% (n= 41) cursaban el primer grado de educación media, 25.29% (n= 43) el segundo grado y 50.59% (n= 86) el tercer grado, Tabla 2, grafica 3.

Sexo	Grado escolar.			Total.
	1ero	2do	3ero	
Femenino	18	22	45	85
Masculino	23	21	41	85

Tabla 2



Grafica 3

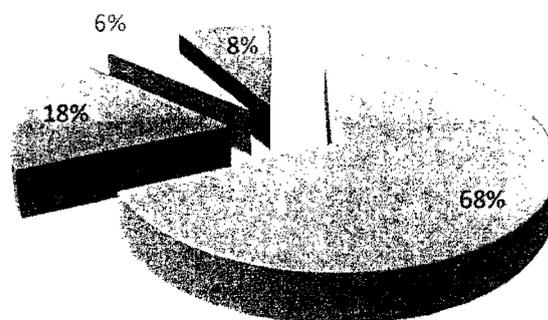
Respecto a la composición de las familias se obtuvo que el 68.24% de las familias fueron nucleares (n= 116), 18.24% extensas (n= 31), 5.29% compuestas (n= 9) y 24% monoparentales (n=14). En cuanto al desarrollo 66.47% fueron tradicionales (n= 113) y 33.53% modernas (n= 57), Tabla 3, grafica 4.

Composición de la familia.	PACIENTES	
	(n)	(%)
Nuclear.	116	68.24
Extensa.	31	18.24
Compuesta.	9	5.29
Monoparental.	14	8.24

Tabla 3.

Composicion de la familia.

Nuclear. ▨ Extensa. ▨ Compuesta. ▨ Monoparental.



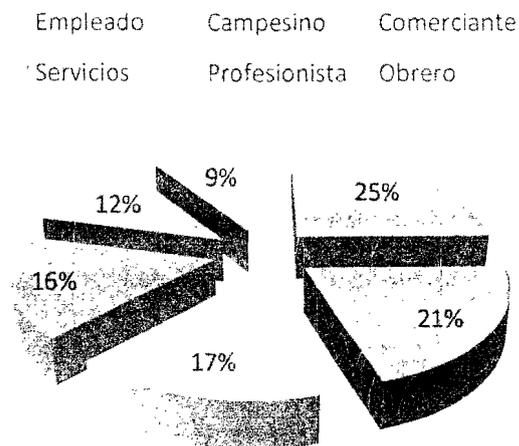
Grafica 4.

En la ocupación la más frecuente fue la de empleado con 24.71% (n= 42), seguido de campesino con 20.59% (n= 35) comerciante con 17.06% (n= 29), servicios con 16.47% (n= 28), profesionista con 11.76% (n= 20) y obrero con 9.41% (n= 16) Tabla 4, grafica 5.

Ocupación de las familias.	PACIENTES	
	(n)	(%)
Empleado.	42	24.71
Campesino.	35	20.59
Comerciante.	29	17.06
Servicios.	28	16.47
Profesionista.	20	11.76
Obrero.	16	9.41

Tabla 4.

Ocupacion de las familias.



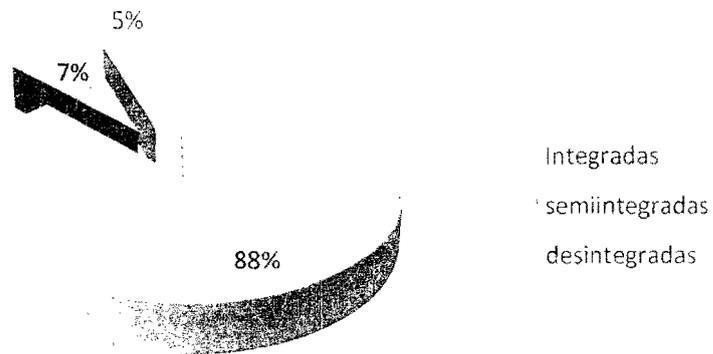
Grafica 5.

En la integración familiar el 88.24% fueron integradas (n= 150), el 7.06% semi integradas (n= 12) y el 4.71% desintegradas (n= 8) Tabla 5, grafica 6.

Integración familiar.	PACIENTES	
	(n)	(%)
Integradas	150	88.24
Semi integradas	12	7.06
Desintegradas.	8	4.71

Tabla 5.

Integración familiar



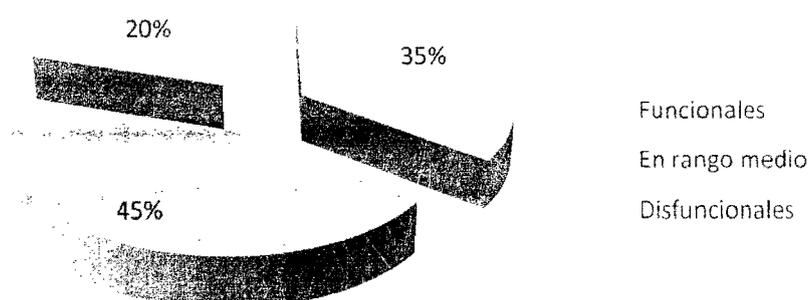
Grafica 6.

En la funcionalidad familiar se encontró que el 20% (n= 34) de las familias fueron disfuncionales según faces III, 44.71% (n= 76) moderadamente funcionales y el 35.29% (n= 60) funcionales. Tabla 6, grafica 7.

Funcionalidad familiar.	PACIENTES	
	(n)	(%)
Funcionales.	60	35.29
Moderadamente funcionales.	76	44.71
Disfuncionales.	34	20

Tabla 6.

Funcionalidad Familiar



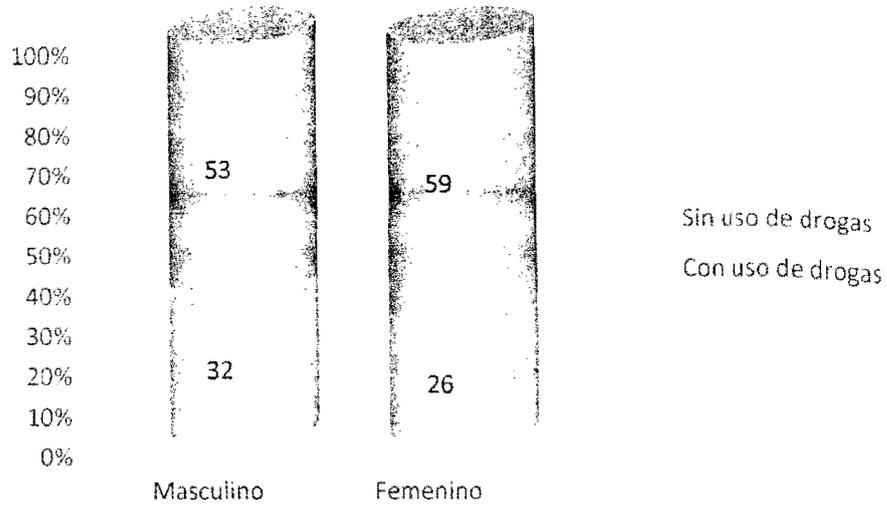
Grafica 7.

En el ítem sobre uso de drogas se encontró al 34.12% (n= 58) con respuesta positiva a el uso de cualquier droga de los cuales el 44.82% fueron adolescentes del sexo femenino (n= 26) y el 55.18% fueron del sexo masculino (n= 32) observándose mayor prevalencia en el uso de drogas incluyendo alcohol y tabaco en adolescentes masculinos ($p=0.332$) lo cual es no significativo, Tabla 7 graficas 8 y 9.

Sexo	Uso de cualquier droga.		Total
	No	Si	
Femenino	59	26	85
Masculino	53	32	85

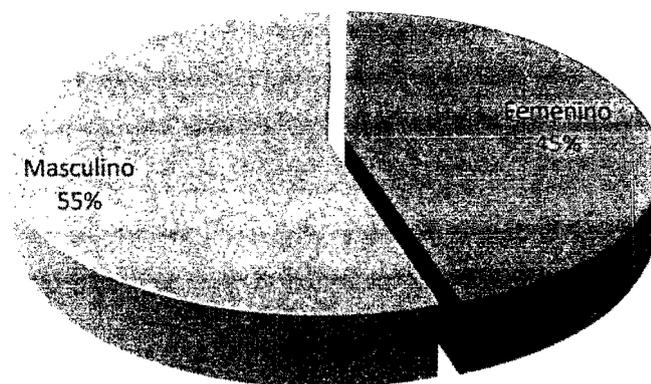
Tabla 7.

Uso de drogas de acuerdo al sexo.



Grafica 8

Con uso de drogas segun sexo.



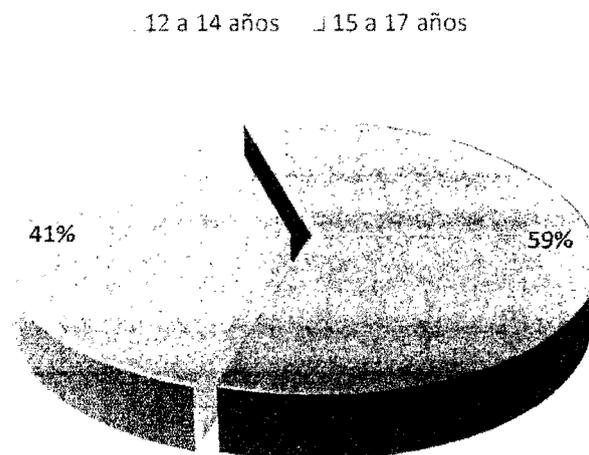
Grafica 9

El mayor porcentaje de uso de drogas se encontró en las edades comprendidas entre los 15 a 17 años con un 59.9% (n= 33), Tabia 8, grafica 10.

Edad.	Uso de cualquier droga	
	(n)	(%)
12 a 14 años	25	43.10
15 a 17 años	33	56.90

Tabla 8

Distribución por edad



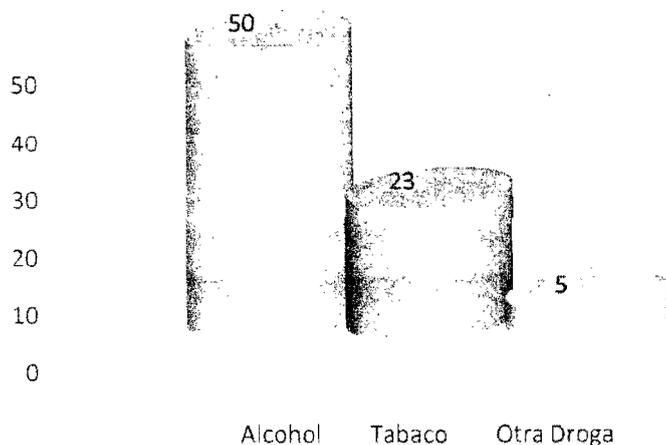
Grafica 10.

La droga más frecuente fue el alcohol ya que se presentó en un 29.41% (n= 50), seguido del uso de tabaco con un 13.58% adolescentes (n= 23) y por último el uso de cualquier otra droga con 2.94% (n= 5), Tabla 9 grafica 11.

PACIENTES		
Tipo de droga.	(n)	(%)
Alcohol.	50	29.41
Tabaco.	23	13.58
Otra Droga.	5	2.94

Tabla 9.

Distribucion acorde al tipo de droga.



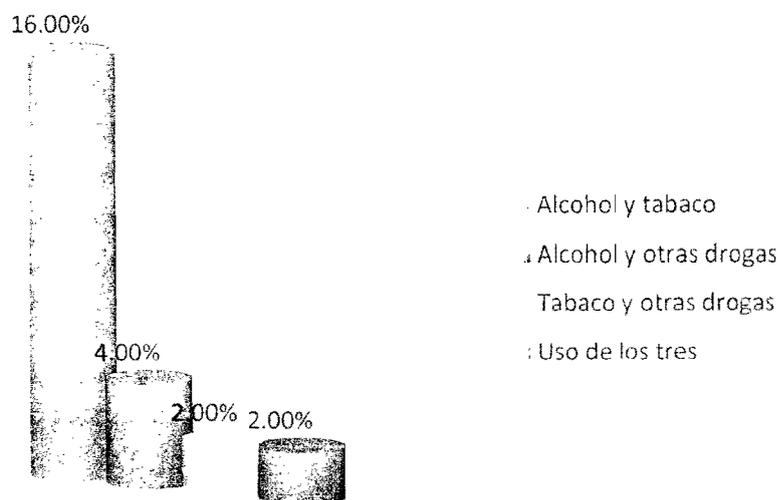
Grafica 11.

Los adolescentes con uso simultaneo de alcohol y tabaco fueron 16 (9.41%), con uso simultaneo de alcohol y otras drogas 4 (2.35%), con uso de tabaco y otras drogas 2 (1.17%) y con uso de las tres en forma simultánea 2 (1.17%), Tabla 10 grafica 12.

Uso combinado de drogas	PACIENTES	
	(n)	(%)
Alcohol y tabaco.	16	9.41
Alcohol y otras Drogas.	4	2.35
Tabaco y otras drogas.	2	1.17
Uso de los tres tipos	2	1.17

Tabla 10

Uso combinado de drogas.



Grafica 12.

La edad de inicio en el uso de alguna droga fue mayor a los 13 años con un 15.88% (27) seguido de 14 años con 8.24% (14) 15 años con 7.64% (13) y por ultimo a los 12 años con 2.35% (4) Tabla 11 y 12, grafica 13.

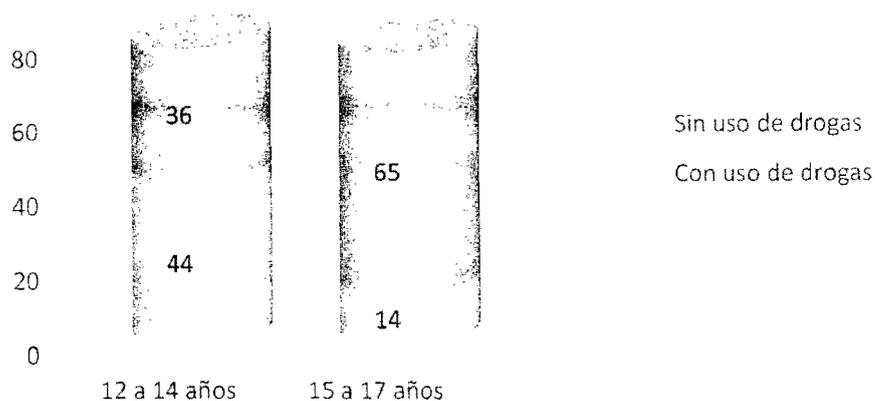
Edad de inicio en el uso de drogas.	PACIENTES	
	(n)	(%)
12 años	4	2.35
13 años	27	15.88
14 años	14	8.24
15 años	13	7.64

Tabla 11.

Edad de inicio en el uso de drogas.	12 a 14 años	15 a 17 años
Con uso de alcohol.	37	13
Con uso de tabaco.	19	4
Con uso de otras drogas.	5	0

Tabla 12.

Edad de inicio en el uso de drogas.



Grafica 13.

El uso en el último año reporto 53 pacientes con respuesta positiva (31.18%) y los que no hicieron uso fueron 5 (2.94%), en el uso en el último mes 35 respondieron que no hicieron uso (20.59%) y 23 respondieron que si (13.53%)
Tabla 13 y 14, grafica 14.

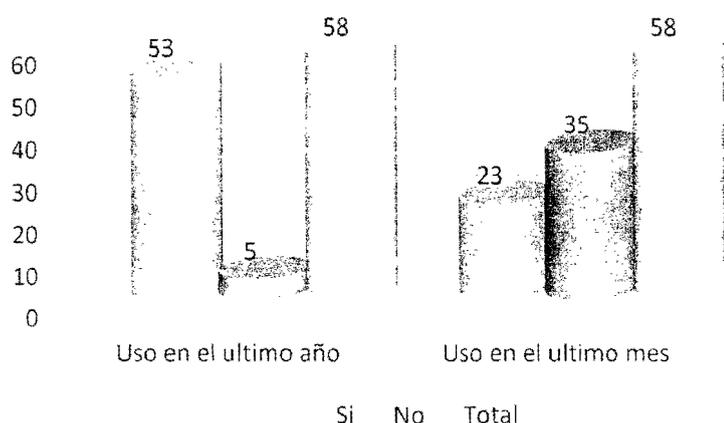
Sexo	Uso en el último año		Total
	No	Si	
Femenino	3	23	26
Masculino	2	30	32

Tabla 13.

Sexo	Uso en el último mes		Total
	No	Si	
Femenino	20	6	26
Masculino	15	17	32

Tabla 14.

Uso de drogas en el ultimo año y el ultimo mes



Grafica 14.

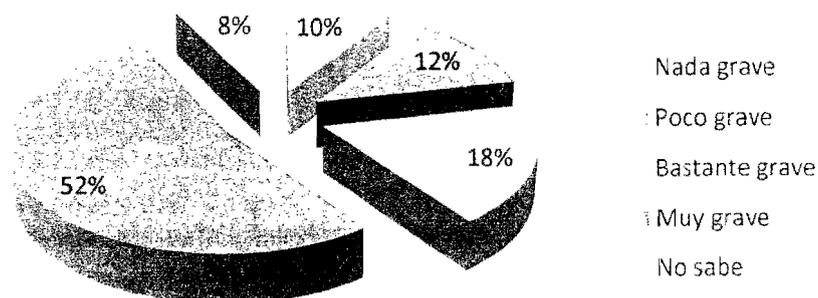
En cantidad de consumo habitual el 24.12% (41) respondió que de 1 a 3 y el 10% (17) respondió que consumen más de 3 habitualmente.

Respecto a la opinión sobre el uso de drogas el 52.35% (89) respondió que es muy grave siendo la respuesta más frecuente, el 18,24% (31) considera que es bastante grave, el 12.35% (21) lo considera poco grave, el 9.41% (16) dice que es nada grave y el 7.65% (13) dice que no sabe, Tabla 15 grafica 15.

Opinión sobre el uso de drogas.	PACIENTES	
	(n)	(%)
Nada grave	16	9.41
Poco grave	21	12.35
Bastante grave	31	18.24
Muy grave	89	52.35
No sabe	13	7.65

Tabla 15.

Opinion sobre el uso de drogas.



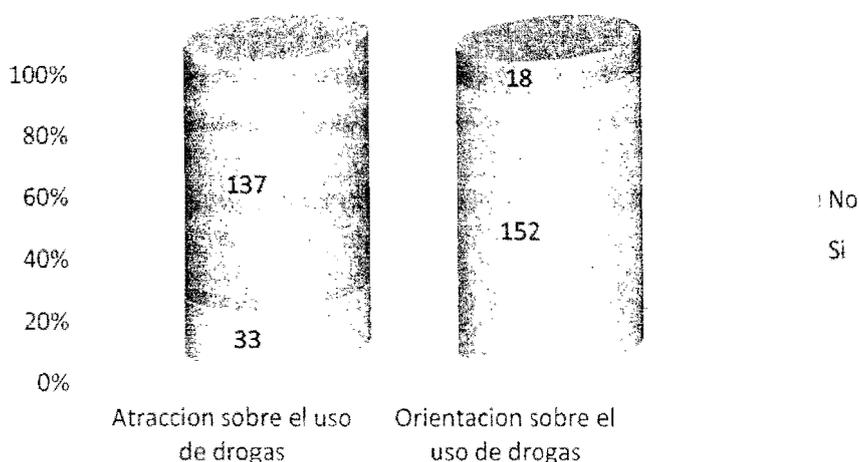
Grafica 15.

De los cuales el 10.59% (18) nunca han recibido orientación sobre el uso de drogas y el 89.41% (152) si la han recibido pero a pesar de ello el 19.41% (33) se siente atraído por el uso de las drogas y el 80.59% (137) no sienten atracción por su uso, Tabla 16, grafica 16.

Orientación sobre el uso de drogas.	Atracción sobre el uso de drogas.		Total
	Sí	No	
Sí	25	127	152
No	8	10	18
Total	33	137	170

Tabla 16.

Atracción y orientación sobre el uso de drogas.



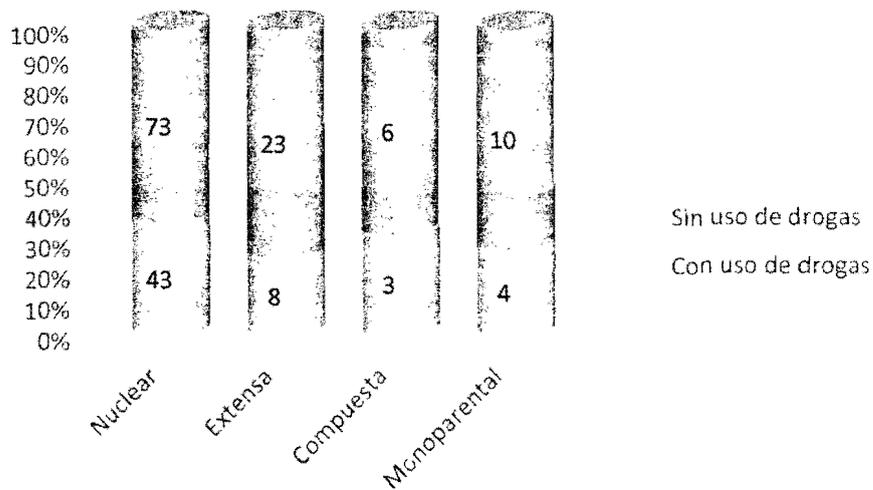
Grafica 16.

De estas familias 43 de las nucleares contestaron positivo al uso de drogas (37.06%), 8 de las extensas (25.8), 3 de las compuestas (33.33%) y 4 de las monoparentales (28.57) ($p=0.660$) Tabla 17 grafica 17.

Composición de la familia.	Uso de drogas	
	Si	(%)
Nuclear.	43	37.06
Extensa.	8	25.80
Compuesta.	3	33.33
Monoparental.	4	28.57

Tabla 17.

Uso de drogas y composición de la familia.



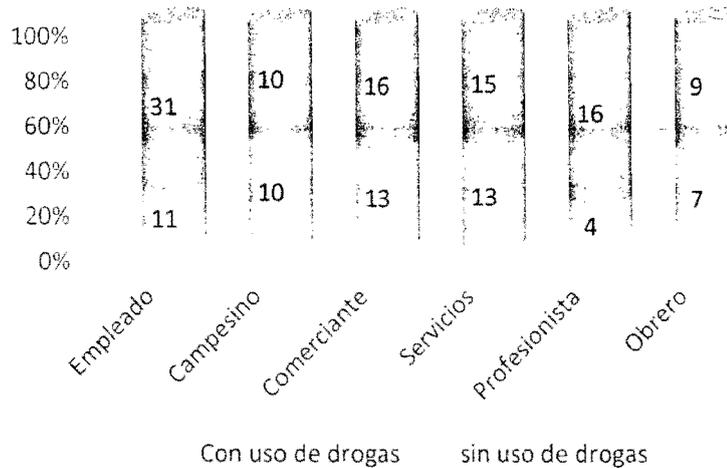
Grafica 17.

En relación a la ocupación de la familia y el uso de drogas, los que tuvieron más uso de drogas fueron las de familias comerciantes y de prestadores de servicios con 13 ambas, seguidas por las de empleados con 11 y de obreros con 7 la de menor frecuencia de uso de drogas fue para las de profesionistas con 4 ($p=0.666$). Tabla 18, grafica 18.

Ocupación de las familias.	Uso de drogas.		Total
	Sí	(%)	
Empleado.	11	26.19	42
Campesino.	10	28.57	35
Comerciante.	13	44.82	29
Servicios.	13	46.42	28
Profesionista.	4	20	20
Obrero.	7	43.75	16

Tabla 18.

Uso de drogas y ocupacion de las familias.



Grafica 18.

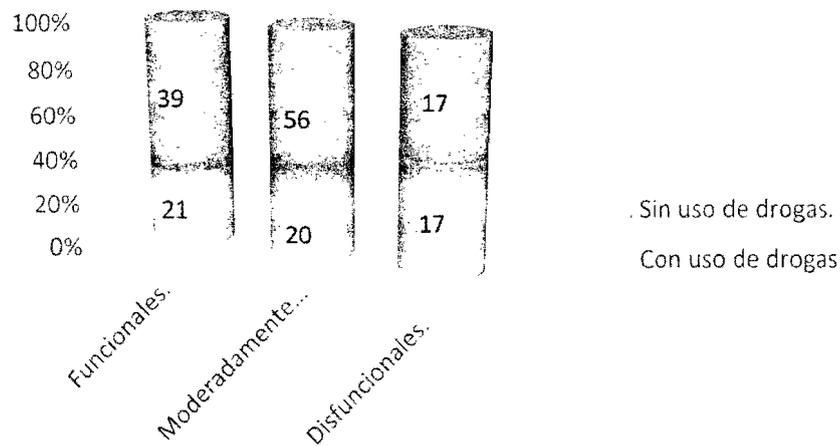
En la funcionalidad y el uso de drogas el 50% de las disfuncionales dieron positivo al uso de drogas (17), 26.31% de las moderadamente funcionales (20) y el 35% de la funcionales (21). ($p=0.050$) lo cual es significativo estadisticamente.

Tabla 19, grafica 19.

Funcionalidad familiar.	Uso de drogas		Total.
	Si	(%)	
Funcionales.	21	35	60
Moderadamente funcionales.	20	26.31	76
Disfuncionales.	17	50	34

Tabla 19.

Uso de drogas y funcionalidad familiar.



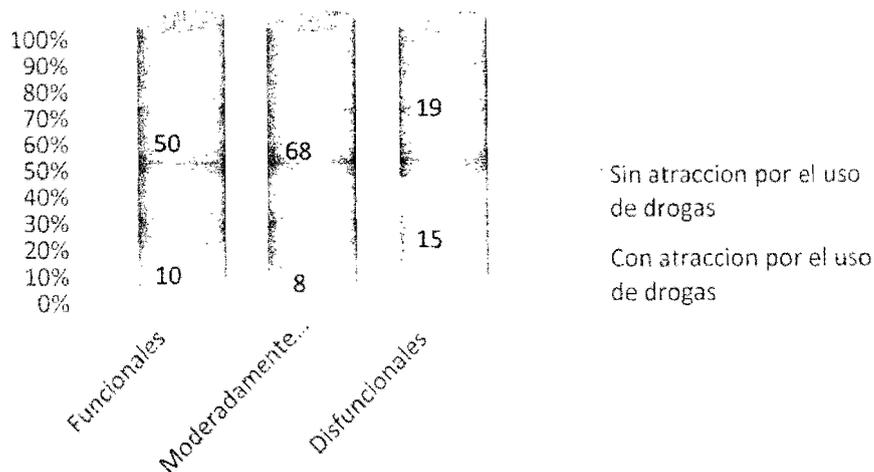
Grafica 19.

Observándose que dentro del grupo que sienten atracción por el uso de las drogas 10 pertenecen a familias funcionales 8 a moderadamente funcionales y 15 a disfuncionales. Tabla 20, grafica 20.

Funcionalidad familiar.	Atracción por el uso de drogas.		Total
	Si	(%)	
Funcionales.	10	16.66	60
Moderadamente funcionales.	8	10.52	76
Disfuncionales.	15	44.11	34

Tabla 20.

Atracción por el uso de drogas y funcionalidad familiar.



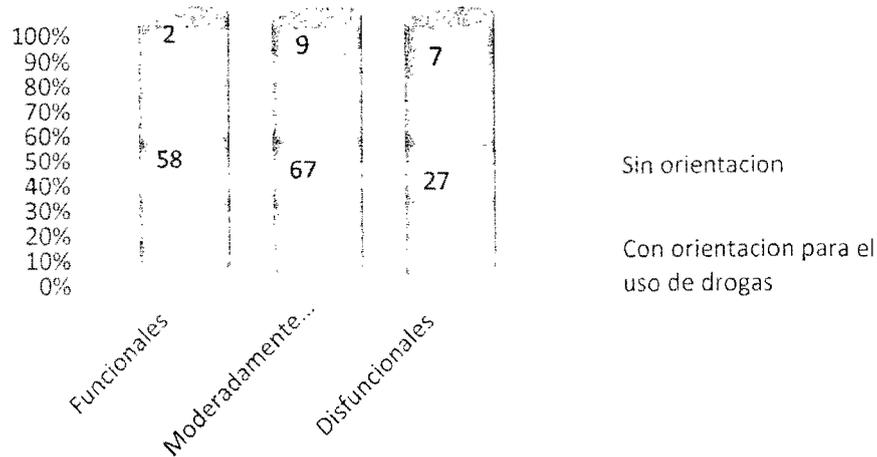
Grafica 20.

El mayor porcentaje en el rubro de orientación sobre el uso de drogas fue para los pertenecientes a familias moderadamente funcionales con 67, seguidos por los de familias funcionales con 58 y por último los disfuncionales con 27 ($p=0.029$) lo cual es significativo estadísticamente. Tabla 21, grafica 21.

Funcionalidad familiar.	Orientación para el uso de drogas.		Total
	Si	(%)	
Funcionales.	58	96.66	60
Moderadamente funcionales.	67	88.15	76
Disfuncionales.	27	79.41	34

Tabla 21

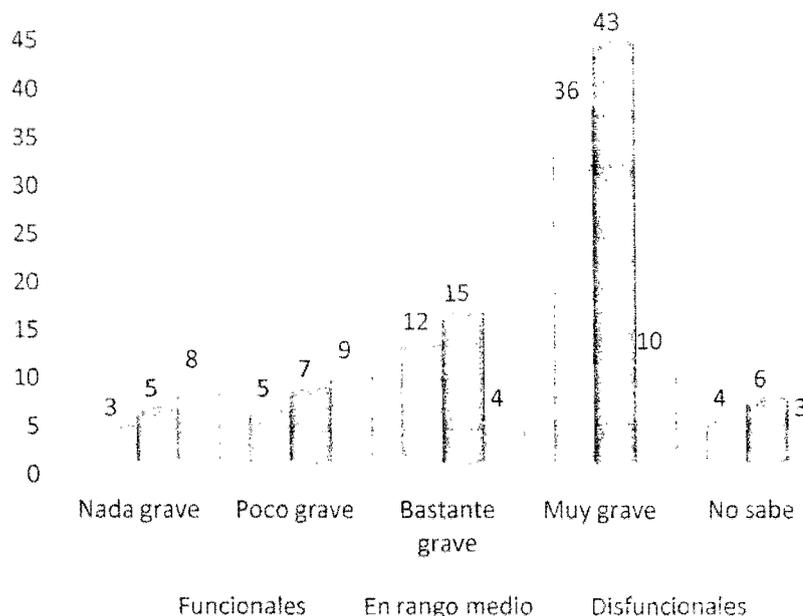
Orientación sobre el uso de drogas y funcionalidad familiar.



Grafica 21.

Respecto a la opinión sobre el uso de drogas y funcionalidad familiar, contestaron que es nada grave en 8 ocasiones los pertenecientes a familias disfuncionales, 5 de los moderadamente funcionales y 3 de los pertenecientes a familias funcionales, poco grave 9 disfuncionales, 7 en rango medio, 5 funcionales, bastante grave 4 disfuncionales, 15 en rango medio, 12 funcionales, muy grave 10 disfuncionales, 43 en rango medio, 36 funcionales y que no saben 3 disfuncionales, 6 en rango medio y 4 funcionales. ($p=0.006$) significativo estadísticamente. Grafica 22.

opinión sobre el uso de drogas y funcionalidad familiar.



Grafica 22.

11. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se estudiaron a 170 adolescentes de ambos sexos, basado en la funcionalidad familiar como influencia para el uso de drogas tomando en cuenta características de la dinámica y tipología familiar.

De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación, al estimar el uso de cualquier tipo de droga en los adolescentes estudiados se obtuvo que el 34.12% habían consumido cualquier tipo de droga por lo menos alguna vez en la vida, siendo de mayor predominio el uso de alcohol con un 29.41%, seguido por el uso de tabaco con el 13.58% y por último el rubro de cualquier otro tipo de droga con un 2.94%, los cuales comparados con lo descrito en la literatura que nos menciona que el porcentaje poblacional en México es de 25.7% para el alcohol, 10.% para el tabaco y 4.8% para cualquier otro tipo de droga por lo que la muestra representativa estudiada rebasa este porcentaje en lo que se refiere al uso de alcohol y tabaco, pero es menor en el rubor de cualquier otro tipo de droga.

Al valorar la estructura familiar se encontró que el 68.24% de la población estudiada fue de tipo nuclear, presentando una proporción de uso de drogas del 37.06% es decir más de la tercera parte de esta población por lo que se considera como un factor de riesgo para el uso de drogas en contraste la que menor porcentaje tuvo fue el de familia extensa con más del 10% de diferencia con respecto a las nucleares 25.80%, por lo que se le consideraría como un factor de protección sobre el uso de drogas. Con respecto a la ocupación de las familias el mayor porcentaje fue para las de empleado con un 24.71%, pero en base a lo encontrado como factor de riesgo dentro de la ocupación se observó que las prestadoras de servicios presentaron una proporción de uso de drogas del 46.42% la cual fue la de mayor porcentaje por lo que se considera otro factor de riesgo dentro de la estructura y como factor de protección a las familias de profesionistas con un porcentaje muy pequeño de uso de drogas con el 20%.

Al valorar el uso de drogas en cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que el 35.29% de las familias fueron funcionales, 44.71% en rango intermedio y el 20% disfuncionales, lo cual es similar a lo referido en los estudios sobre funcionalidad familiar realizados por el Dr. Gómez Clavelina y Cols en 1999, presentando una proporción de uso de drogas del 35% en las funcionales, 26.31% en las de rango intermedio y el 50% de las disfuncionales, por lo que se confirma lo señalado en la hipótesis que el uso de drogas es mayor en las familias disfuncionales.

Es importante señalar que de las familias disfuncionales un gran porcentaje 44.11% siente atracción sobre el uso de drogas y le parece poco grave su consumo a pesar de tener un nivel similar de orientación a lo encontrado en las familias de rango medio, en lo que respecta al uso en el último año este fue más frecuente que el uso en el último mes y la edad de inicio en el uso de drogas la de 13 años fue la que presentó una mayor proporción.

12. CONCLUSIONES.

En este estudio se estimó la diferencia del uso de drogas entre familias funcionales y familias disfuncionales así como factores relacionados con la estructura familiar concluyendo.

- El uso de alcohol y tabaco fue mayor respecto a los reportes nacionales.
- El uso de cualquier otro tipo de droga en los adolescentes de Jantetelco Morelos es menor a los reportes nacionales.
- El uso de drogas en las familias disfuncionales es mayor que el de las funcionales.
- La edad de inicio más frecuente es de 13 años.
- La edad con mayor prevalencia de uso de drogas fue de 15 años.
- El pertenecer a una familia nuclear es un factor de riesgo para el uso de drogas.
- El pertenecer a una familia extensa es un factor de protección para el uso de drogas.
- El pertenecer a una familia de prestador de servicios es un factor de riesgo para el uso de drogas.
- El pertenecer a una familia de profesionista es un factor de protección para el uso de drogas.
- La orientación sobre el uso de drogas es un factor de protección para el uso de las mismas.
- La orientación sobre el uso de drogas es un factor de protección para la atracción sobre el uso de drogas.
- La opinión sobre el uso de drogas es reportada en mayor frecuencia como nada grave en familias disfuncionales y como muy grave en las familias funcionales y de rango medio.

12. BIBLIOGRAFÍA.

- ¹ Córdova VJ. 2008 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Encuesta Nacional Sobre adicciones 2008; 11
- ² Rojas E, Fleiz C, Villatoro J, Gutiérrez ML, Medina ME. 2009. Tendencias del consumo de drogas de 1998 al 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud Mental* 32: 13-19.
- ³ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Encuesta Nacional Sobre adicciones 2008; 13
- ⁴ Conceptos básicos sobre adicciones conadic 2008 disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf - pág. 1- 24.
- ⁵ Fernández JR, Secades R. 2007. Psicología y Drogodependencias. *Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos* 28: 1.
- ⁶ WHO. 2010. Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado al problema mundial de las drogas, Naciones Unidas oficina contra la droga y el delito, informe mundial sobre las drogas 2010 disponible en: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/.pdf>.
- ⁷ Ruangkanchanasetr S, Plitponkarpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. 2005. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *J Adolescent Health*. 35-227.
- ⁸ Consejo nacional para el control de estupefacientes (CONACE) (1999-2007). Estudio nacional de Drogas en Población escolar de Chile.
- ⁹ Villatoro J, Gutiérrez ML, Quiroz del Valle N, Moreno M, Gaytan L, Itzcoatl F, Amador N, "et al". 2009 Encuesta de estudiantes de la ciudad de México 2006 prevalencia y evolución del consumo de drogas. *32 (4): 287-297.*
- ¹⁰ Consenso académico. 2005 Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en medicina familiar* 7 (1):15.
- ¹¹ Huerta JL. 2005 *Medicina familiar La familia en el proceso salud enfermedad*. Editorial Alfil, México; p: 14.
- ¹² Dulanto E, Natera G, Tiburcio M, Mora J.2004. *La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. Editores de textos mexicanos, México; p: 463.

-
- ¹³ Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. 2006. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. 8 (1): 27-32.
- ¹⁴ Osorio EA, Ortega NM, Cristina S. 2004. Factores de riesgos asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. Revista Latino-Am Enfermagen. 12 número especial: 369.
- ¹⁵ Becoña E. 2007. Bases Psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos 28: 12-14.
- ¹⁶ Moreno de Quiroz S. 1994. ¿puede un adolescente ser adicto?, Rev. Addictus. 4: 2-3
- ¹⁷ Blos P. 1991 Psicoanálisis de la adolescencia. 11a reimpresión: Grupo Editorial Planeta. Mexico; p: 15-16.
- ¹⁸ Aberastury A, Knobel M. 1991. La adolescencia normal un enfoque psicoanalítico. 5ª reimpresión: Editorial Paidós Mexicana SA, Mexico; p: 38-44.
- ¹⁹ Moreno K, Cuevas JL. 1999. Como proteger a tus hijos de las drogas. Comisión nacional de libros de texto gratuitos SA de CV, Mexico; p: 111-148.
- ²⁰ Dorr A, Gorostiegui ME, Viani S, Dorr MP. 2009. Adolescentes consumidores de marihuana implicaciones para la familia y escuela Salud Mental; 32 (4): 276.
- ²¹ Halvorsen JG. 1993. Self report family assessment. Fam Pract Res J; 11 (1): 21-55.
- ²² Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria AE, Ponce Rosas ER. 1999. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam; 1(2): 45-57.
- ²³ Gómez Clavelina FJ. 2002 Instrumentos para la evaluación psicosocial familiar, Criterios de selección. Conceptos paradigmas y practica de la medicina familiar. II coloquio nacional de profesores investigadores en medicina familiar. Academia Mexicana de profesores de medicina familiar AC (AMPMF) Documentos de trabajo CNPI/002. México; 22-24
- ²⁴ Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria AE, Ponce Rosas ER, Mazon Ramírez JJ, Dickinson Bannack ME, Sánchez González ME, Fernández Ortega 1999 MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Arch Med Fam; 1(3): 73-79.

-
- ²⁵ Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria AE, Ponce Rosas ER, Mazon Ramírez JJ, Dickinson Bannack ME, Sánchez González ME, Fernández Ortega MA. 1999. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Arch Med Fam; 1(3): 73-79.
- ²⁶ Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria AE, et al. 1999. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Aten Primaria; 23:479-84.
- ²⁷ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Encuesta Nacional Sobre adicciones 2008.
- ²⁸ Herrera Vázquez M, Velasco Mondragón E, Lascano Ponce E. 2004. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pública de México; 46 (2): 132-140.
- ²⁹ Villatoro Velazquez JM, Gutiérrez López ML, Quiroz del Valle N, Moreno López M, Gaytan López L, Itzcoatl Gaytan F, Amador Buenabad N, "et al". 2009. Encuesta de estudiantes de la ciudad de México 2006 prevalencia y evolución del consumo de drogas; 32 (4): 287-297.
- ³⁰ SS, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. RESPYN, 2003. 4(3).
- ³¹ Navarra, Ud. *CÓDIGO DE NÜREMBERG (Tribunal Internacional de Núremberg) 1946*. 2002.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL ESTUDIO: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF No 21 EN JANTETELCO MORELOS.

Investigador principal: DR. Bogart Carreras Olivar R3 MF Sede donde se realizará el estudio: UMF No 21 Jantetelco Morelos

Nombre del paciente: _____ A su hijo se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea que su hijo (a) participe, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La drogadicción es un problema de salud pública de impacto mundial, que afecta en gran manera a las sociedades, no siendo la sociedad mexicana una excepción de este problema el cual en los últimos veinte años se ha incrementado de manera notable, ya que se trata de un problema de origen multifactorial es difícil englobarlo como entidad aislada, por el contrario se le considera desde la óptica bio psico social, siendo en especial los adolescentes el grupo de edad más vulnerable para este fenómeno, el cual impacta de manera notable al desenvolvimiento de los mismos en su etapa adulta, ya que se menciona que entre más temprano se inicie el uso de estas sustancias es más probable que este resulte en adicción, múltiples estudios a nivel mundial resaltan la importancia que toma en este problema la atmosfera familiar en la cual el paciente se desenvuelve, siendo esta aun más influyente que otros factores de riesgo y protección.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio permitirá identificar el estado del funcionamiento familiar de los participantes así como su información acerca del uso de drogas por lo que se podrá realizar alguna intervención de tipo preventivo si así se requiriera, en este estudio no existen riesgos potenciales para la salud de los participantes ya que no se tomara ninguna muestra de tipo biológico.

ACLARACIONES

• Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. • No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. • Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, informando las razones de su decisión, la cual

será respetada en su integridad. • No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. • No recibirá pago por su participación. • En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. • La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

CARTA DE ASENTIMIENTO.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo a participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de asentimiento.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Anexo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 JANTETELCO MORELOS.

Para llenar por el encuestado.

Jantetelco Morelos a _____ de _____ del 2011

- 1.-Nombre de estudiante:
- 2.- Edad.
- 3.- Genero: Masc.____ Fem.____
- 4.- Escolaridad.
- 5.- Lugar de nacimiento. Ciudad, estado, provincia y país.
- 6.- Lugar de residencia. Calle, número, colonia, población, municipio, estado.
- 7.- Menciona las personas que viven en tu casa.
- 8.- Menciona a que se dedican tus padres o tutores.
- 9.- Tienes algún hermano que ya este casado.

Para llenar por el encuestador.

Análisis de tipología familiar.

Composición. a) Nuclear, b) Extensa, c) Compuesta, d) Monoparental,
e) Reconstituida.

Desarrollo. a) Tradicional, b) Moderna.

Ocupación. a) Campesino b) empleado d) profesionista.

Integración. a) Integrada b) semi integrada c) desintegrada.

Anexo 3

FACES III

1. CASI NUNCA 2. DE VEZ EN CUANDO 3. ALGUNAS VECES

4. FRECUENTEMENTE 5 CASI SIEMPRE.

- 1. Los miembros de nuestra familia se pidan ayuda entre si.
- 2. Se toman en cuenta las sugerencias de los niños para resolver los problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los niños pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5. Nos gusta dormir solamente con los familiares cercanos.
- 6. Diversas personas de la familia pueden tomar la autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas ajenas.
- 8. Nuestra familia cambia la manera de hacer las cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre entre nosotros.
- 10 Padre e hijos llegan a un acuerdo en relación a los castigos.
- 11 Nos sentimos muy unidos.
- 12 En nuestra familia los niños toman las decisiones
- 13 Cuando nos unimos por algo, toda la familia está presente
- 14 En nuestra familia las reglas cambian
- 15 Con facilidad podemos imaginar cosas que hacer como familia.
- 16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17 Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18 Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.
- 19 La unión familiar es muy importante
- 20 Es difícil decir quien hace el quehacer en el hogar

Anexo 4.

1.- Alguna vez usted ha utilizado alguna droga como alcohol, tabaco, mariguana cocaína estimulantes, tranquilizante, metanfetaminas,. Si su respuesta es afirmativa especifique cual.

2.- Que edad tenía cuando utilizo por primera vez esta sustancia y cual fue.

3.- En el último año usted ha utilizado alguna de estas drogas.

4.- En el último mes a utilizado alguna de estas drogas.

5.- Que cantidad es la que usted consume cuando las a ingerido.

6.- En su opinión que tan malo es el uso de drogas.

7.- Ha recibido alguna orientación acerca de las drogas y de quien fue esa orientación.

8.- Como se siente atraído usted hacia el uso de alguna droga.

9.- Le han parecido buenas las orientaciones como cursos o platicas acerca de las drogas.