



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
Y FACTORES ASOCIADOS EN LA UMF2 DEL IMSS EN
CHIHUAHUA**

T E S I S

Para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Martha Elena Arzola Soto

ASESOR

Dra. Laura Guadalupe Loeza Montero

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

ASESOR ADJUNTO

Dra. Nayeli Limon García

Chihuahua, Chihuahua

Mayo 2022



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **805**.
U MED FAMILIAR NUM 33

Registro COFEPRIS 17 CI 08 019 026
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 08 CEI 003 2018072**

FECHA **Jueves, 17 de diciembre de 2020**

Dr. Martha Elena Arzola Soto

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA UMF2 DEL IMSS EN CHIHUAHUA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-805-039

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Jorge Alberto Granados Chávez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 805

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua

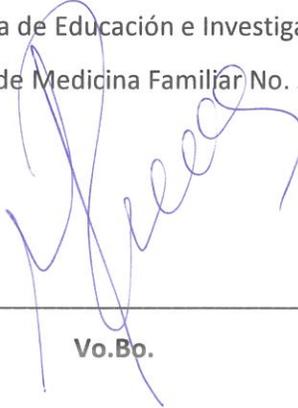


Vo.Bo.

Dra. Ana Marlend Rivas Gómez

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 33



Vo.Bo.

Dr. Marcelo Correa Ponce

Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del

IMSS Unidad de Medicina Familiar No. 33

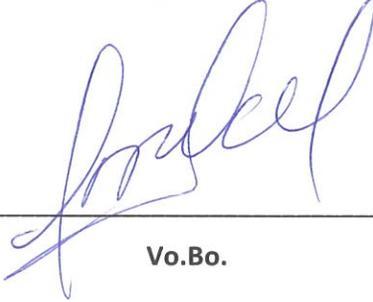


Vo.Bo.

ASESORES

Dra. Laura Guadalupe Loeza Montero

Directora UMF No. 2 Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 44



Vo.Bo.

Dr. Javier Santacruz Varela

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortiz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

I.RESUMEN.....	8
II. MARCO TEÓRICO.....	9
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	51
IV.JUSTIFICACIÓN.....	53
V. OBJETIVO.....	54
VI. HIPOTEISIS.....	55
VII. METODOLOGÍA.....	55
VIII.CRITERIOS SELECCIÓN.....	56
IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.....	57
X. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	63
XI. ANÁLISIS ESTADISTICO.....	64
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	65
XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.....	67
XIV. RESULTADOS.....	68
XV. DISCUSIONES.....	69
XVI. CONCLUSIONES.....	73
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
XVIII. TABLAS, GRÁFICAS, ANEXOS.....	79

I. RESUMEN

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA UMF2 DEL IMSS EN CHIHUAHUA

Martha Elena Arzola Soto, Martha Alejandra Maldonado Burgos, Laura Loeza Montero, Nayeli Limón García.

Introducción: El abuso de sustancias psicoactivas causa un daño a la familia y a la salud de la población. La situación de drogas en México, se encuentra estrechamente ligada a las condiciones económicas, culturales, sociales e históricas que han prevalecido en el país en las últimas décadas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua. **Material y Métodos:** Se realizará un estudio transversal, observacional, analítico donde se incluirán pacientes que se revisan en la consulta diaria de la UMF 2 chihuahua, de 18 a 60 años de edad que estén incluidos en adscripción de la UMF2 chihuahua, a los cuales se le realizara encuesta y se aplicara el cuestionario ASSISTV3 para obtener las siguientes variables, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso económico y valorar el consumo y los factores asociados del consumo de sustancias psicoactivas y la para la cual cada punto se evaluará, se aplicara el Apgar familiar para obtener el nivel de funcionamiento familiar y a su vez se aplicara la escala de Graffar-Méndez castellano para medir el estrato socioeconómico de los participantes. Posterior a la toma de información, se realizará una base de datos, para posteriormente llevar acabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones, Razón de Momios de Prevalencia (RMP) e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Se estudiaron 381 pacientes, de las cuales 167 (43.8%) eran masculinos, 96 (25.2%) tenían de 40 a 49 años 167 (43.8%) eran del estrato socioeconómico medio, 47 (12.3%) tenían disfunción familiar severa. Encontramos que los hombres tienen 3.77 veces riesgo de consumir sustancias. Los pacientes con estrato socioeconómico alto tienen un 24% de exceso de riesgo de tener consumo de sustancias. Los pacientes que tienen disfunción severa tienen 5% de exceso de riesgo de tener consumo de sustancias. **Conclusiones:** Es necesario implementar las acciones preventivas por parte de los servicios médicos; se deben localizar aquellos casos que cuenten con uno o más factores de riesgo para desarrollar consumo de psicoactivos y ofrecer consejería desde la adolescencia con el propósito de evitar que se desarrollen adicciones.

Palabras clave: consumo, sustancias psicoactivas, factores asociados

I. MARCO TEORICO

INTRODUCCION

El abuso de sustancias psicoactivas causa un daño a la familia y a la salud de la población, por lo que es importante determinar los factores de riesgo para su prevención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una sustancia psicoactiva o droga es toda sustancia que ingresa al organismo mediante cualquier vía de administración (oral, tópica, inhalada, intravenosa, etc.), produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central alterando el estado de conciencia, el estado de ánimo o el pensamiento de la persona que las consume. Dichas sustancias crean dependencia psicológica, física o ambas. (1)

La OMS define una adicción como una enfermedad creada de la dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por episodios continuos de descontrol distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (2)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) considera como drogadicción al “consumo frecuente de estupefacientes, a pesar de saber las consecuencias negativas que produce entre ellas la modificación del funcionamiento del cerebro y su estructura, provocando conductas peligrosas”. Se considera adicción, porque es difícil intentar dejar de consumirlas, ya que provocan alteraciones cerebrales en los mecanismos reguladores de la toma de decisiones control inhibitorio y porque el usuario de las mismas dedica gran parte de su tiempo en la búsqueda y consumo de ellas. Acorde al tipo de dependencia son los efectos que produce en las personas

- Adicción Física: Las neuronas crean la necesidad del consumo compulsivo, debido a que el cuerpo se ha acostumbrado a la droga.

- Adicción Psicológica: Es la necesidad del consumo de una sustancia, que se manifiesta a nivel del pensamiento o emociones, ante una situación estresante o algún problema. (3)

Para que se considere clínicamente una adicción deben cumplir 3 o más criterios en un periodo de 12 meses (1):

- Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (Adicción).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

La adicción se puede dividir en 4 niveles (1):

- Experimentación: la persona prueba la droga por curiosidad.
- Uso: se consume la droga los fines de semana o en oportunidades casuales. El consumidor solo quiere cambio de sensaciones.
- Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación
- Adicción se rompe la relación de amigos y familiar, dificultades académicas o laborales. Además de búsqueda compulsiva de la droga y la presencia de conductas de riesgo.

ANTECEDENTES

En el 2017 aproximadamente 271 millones de personas es decir, el 5.5 % de la población mundial de 156 a 64 años de edad, habían consumido drogas en el año anterior. Aunque las estimaciones corresponden al 2016 son muy similares, una perspectiva a largo plazo revela que el número de personas que consumen drogas

ha aumentado en un 30% con respecto al 2019 en el que 210 millones de personas habían consumido drogas.

La situación de drogas en México, se encuentra estrechamente ligada a las condiciones económicas, culturales, sociales e históricas que han prevalecido en el país en las últimas décadas.

Las adicciones en México representan un problema de salud que repercute en la familia y en el entorno social, que de acuerdo a la guía de la práctica clínica “GPC-023”, se define como un conjunto de fenómenos del comportamiento, alteraciones cognoscitivas y fisiológicos que se desarrollan por el consumo repetido de una sustancia psicoactiva como el tabaco, alcohol, cannabis “mariguana” “cocaína, opioides, disolventes, sedantes, alucinógenos estimulantes, que al ser introducidas al organismo provocan efectos sobre el sistema nervioso central que se manifiestan como trastornos mentales y del comportamiento (4) (2).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), la prevalencia del consumo de cualquier droga alguna vez en la vida y en el último año en la población general fue de 10.3% (hombres, 16.2% y mujeres, 4.8%) y de 2.9% (hombres, 4.6% y mujeres, 1.3%), respectivamente, en el estado de Chihuahua el porcentaje es ligeramente mayor en comparación con la media nacional en los tres tipos de consumo como en el caso de consumo de cualquier drogas en el estado de Chihuahua es de 12.2% con predominio del sexo masculino con 18.9%. (5)

México ocupa el tercer lugar en consumo de alcohol, la ENA en el 2011, reporta un incremento de la prevalencia para consumo de alcohol en el último mes; considera una prevalencia basal del 19.2 % e incrementos hasta del 31.6 %, en población general en el grupo de 12 a 65 años. (5)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de consumo de drogas en México, en el 2014 señala que la prevalencia de las drogas ilegales en la población de 12 a 17 años va en aumento, pasando de 1.3% a 2.9% entre los años 2002 y 2011, en este

grupo de edad la marihuana es la droga de mayor consumo (2.4 %), seguida de los inhalables (0.9%) y cocaína (0.7%) entre hombres y mujeres de la población urbana (5). Los Estados del Norte del País (Coahuila, Chihuahua, Durango, Baja California, Sonora, Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) presentan las prevalencias más altas de drogas ilegales (2.6%) en comparación con la región sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) en donde el consumo fue de 0.9 %.(5) En el 2014 la marihuana presenta un decremento de 1.7 % a 0.8 % en la región Norte (Coahuila, Chihuahua y Durango), mientras que para las anfetaminas la población adolescente de la región Occidente (Nuevo León ,Tamaulipas y San Luis Potosí) se mantuvo con una prevalencia de 0.9 %. (5)

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS

Según la OMS los determinantes sociales de la salud: los hechos probados las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan la salud de por vida, por lo que los aspectos psicosociales ayudan a generar esas diferencias, el apoyo social y las buenas relaciones son fundamentales debido a que hacen sentir a las personas cuidadas, queridas, estimadas y valoradas, por lo que la relación al consumo de drogas es una respuesta a la desintegración social y además contribuye a acentuar las desigualdades en el ámbito de salud. Las personas muchas veces se refugian en el consumo de sustancias psicoactivas para no sentir la dureza de la situación económica y social en la que viven. (6)

Existen diversos estudios que demuestran la asociación del hábito tabáquico y factores sociales, económicos, ambientales, biológicos y personales. Estos resultados brindan evidencia de la relación entre el incremento de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con el bajo desempeño escolar relacionadas con las practicas diarias y condiciones de vida como la cultura, ingreso familiar, la edad, capacidad física, entorno doméstico, y laboral.

Gómez y cols. en el 2014, llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en 244 estudiantes de medicina de la universidad de Medellín Colombia, con la finalidad de conocer la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, con la aplicación de cuestionarios que midieron la funcionalidad familia (test APGAR), la actividad física (IPAQ versión corta) y para el consumo de alcohol y tabaco (ASSIT V 3 0).- Se encontró el 98.7 % de los estudiantes son solteros, de nivel socioeconómico medio (80.4 %), la edad promedio fue de 20 años, de estos el 56.7 % son adolescentes, el 50 % de los adolescentes tiene un ingreso familiar de \$1.225 mensual, también se reportó una prevalencia de disfunción familiar de 20.1 % y el 43.3 % tiene algún familiar con adicción al tabaco, y el 71,4 % al alcohol; la prevalencia de consumo de tabaco en la vida fue de 47.8 %, mientras que en los últimos tres meses fue de 20.1 %; para el alcohol fue 90.6 % y 73.3 %, la prevalencia de sedentarismo fue de 62.9 %; estos datos fueron clasificados de acuerdo al riesgo encontrado, es decir el tabaco presento un bajo riesgo en 32.6 % de los estudiantes y el 15.2 % riesgo medio y para el alcohol se halló un riesgo bajo de 79 %, 11.2 % de riesgo medio y 0.4 % riesgo alto, al finalizar el estudio se pudo demostrar que el 15.2 % de los que consume tabaco se encuentra en un grado que requiere intervención breve (medio), para el alcohol el 11.2 % requiere una intervención breve (medio consumo) y el 0.4 % necesita de un tratamiento intensivo (grado alto), concluyendo que el consumo de estas sustancias está asociada con el estrato socioeconómico y la funcionalidad familia. (7)

Villatoro y cols., realizaron un estudio de prevalencia sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en 166,535 alumnos de primaria, secundaria y bachillerato en México, durante el ciclo escolar 2013-2014. Los datos obtenidos fueron extraídos de los registros oficiales de la secretaria de educación pública (5to y 6to año de primaria, secundaria y nivel medio superior) de diferentes estados de la república (Acapulco, Apatzingán, Cancún-Playa del Carmen, Ciudad del Carmen, Ciudad Juárez, Cuautla, Ecatepec, Guadalajara y Tijuana); la información fue obtenida mediante la aplicación de 2 cuestionarios, uno para primaria y otro para secundaria-bachillerato; el cuestionario de primaria; interrogó sobre la tolerancia

social al consumo de sustancias, la disponibilidad y la percepción del riesgo del consumo; mientras que el cuestionario aplicado en alumnos de secundaria-bachillerato solo preguntaron acerca de los factores relacionados al consumo de sustancias y la necesidad de tratamiento y esta información que fue obtenida con la escala de ASSIST (la prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y sustancias) y la escala AUDIT (para la dependencia de alcohol); los resultados encontrados de este estudio muestran que para el consumo de alcohol alguna vez en la vida en estudiantes de secundaria –bachillerato fue de 53.2%, que al ser analizados por genero se presentó una prevalencia de 54 % en los hombres y 52.5 % en las mujeres, que son residentes de comunidades rurales (39.6 %); la prevalencia de consumo de alcohol en el último año fue de 35.5 %, representado por el nivel medio superior (24%), desglosado por genero se encontró que los hombres que consumieron alcohol en el último año fue de 32.2 % y las mujeres fue de 34.9%, provenientes de la zona urbana (37.2%); para el consumo excesivo de alcohol encontraron una prevalencia de 14.4 %, en cuanto al género los hombres tiene una proporción de 16.5 % y de 12,4 % 6 en las mujeres, que en su mayoría son estudiante de nivel medio superior (15.4%), residentes de zona urbana (15.4%); sin embargo el 16% de estos estudiantes reveló necesitar atención medica; concluyeron que la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 12.6 años para ambos géneros; en el caso de consumo de tabaco alguna vez en la vida fue de 30.4 %, en estudiantes de bachillerato (46.2%), la edad de inicio fue 12.8 años para los hombres y 13.1 años para las mujeres; mientras que para los fumadores actuales fue de (11.1%) y para los fumadores activos (7.4%); el consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 17.2 % en jóvenes de secundaria y bachillerato, la mariguana fue la de mayor consumo (10.6 %), seguida de los inhalables (5.8%) y cocaína (3.3%) consumidas por primera vez a los 13 años la edad. (8) (9) (10)

Otro estudio realizado por Hernández y cols., en el 2015, en la ciudad de Guanajuato, México, buscaron evaluar la asociación entre el uso de tabaco y alcohol, con el riesgo suicida, en una muestra de 414 universitarios de primer año;

utilizaron el cuestionario IRISA (inventario de riesgo suicida en adolescentes) y el Test de ASSIST para el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; sin embargo los resultados no evidenciaron una asociación con el riesgo suicida, pero si demostraron que el consumo perjudicial de tabaco y alcohol si está relacionado con la depresión y la desesperanza. (11)

TIPOS DE DROGA DE CONSUMO Y FACTORES DE RIESGO

a) Alcohol

El grado en que las personas consumen varía mucho, al igual que el impacto del alcohol en la salud, el riesgo de problemas conductuales y médicos asociados. Aproximadamente 1 de cada 10 muertes entre los adultos en edad laboral se debe al consumo excesivo de alcohol.

El consumo de alcohol no saludable varía desde el uso que pone a los pacientes en riesgo de sufrir consecuencias para la salud hasta el uso que causa múltiples problemas médicos o de comportamiento que cumplen con los criterios de diagnóstico del DSM-5 para el trastorno por consumo de alcohol.

Consumo no saludable de alcohol abarca el espectro de uso que puede resultar en consecuencias para la salud

- Uso de cantidades que corren el riesgo de sufrir consecuencias
- Uso que ya ha tenido consecuencias pero que aún no es un trastorno diagnosticable
- Uso acompañado de funciones que cumplen con los criterios de diagnóstico del DSM-5 para el trastorno para el consumo de alcohol.

Utilización arriesgada se refiere al consumo de a una cantidad de alcohol que pone a una persona en riesgo de consecuencias para la salud.

El instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA) en estados unidos ha estimado las cantidades de consumo de alcohol que aumentan los riesgos para la salud.

- Hombres menores de 65 años
 - a) Más de 14 bebidas estándar por semana en promedio
 - b) Más de 4 bebidas en un día
- Mujeres y adultos mayores de 65 años
 - a) Más de 7 bebidas estándar por semana en promedio
 - b) Más de 3 bebidas en un día

Las cantidades se basan en una bebida estándar que se define como gramos de etanol, cantidades más pequeñas de consumo regular de alcohol pueden constituir un uso de riesgo en grupos específicos.

El consumo excesivo de alcohol puede referirse a un patrón a lo largo del tiempo o a un solo consumo excesivo de alcohol.

Las consecuencias médicas del consumo de alcohol pueden manifestarse en cualquier sistema de órganos del cuerpo, el consumo no saludable a menudo se asocia con consecuencias psicológicas y puede tener un impacto grave en el bienestar social.

Las manifestaciones conductuales, psiquiátricas, sociales o médicas del consumo de alcohol no saludable que se observan en entornos médicos generalmente incluyen:

- Trauma o lesión
- Ansiedad, depresión, tendencias suicidas
- Trastornos comórbidos por uso de sustancias
- Hipertensión
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas cardiacos

- Síntomas neurológicos centrales o periféricos
- Alteración de electrolitos
- Alteración del sueño
- Aumento de enzimas hepáticas
- Supresión de la médula ósea
- Macroцитosis
- Problemas sociales o legales

Los pacientes con trastorno por consumo de alcohol pueden mostrar o describir síntomas o comportamientos relacionados con el consumo de alcohol dentro de los cuales se encuentran:

- Beber de forma recurrente que resulta en el incumplimiento de las obligaciones del rol
- Beber de forma recurrente en situaciones peligrosas
- Consumo continuo a pesar de problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo de alcohol
- Evidencia de tolerancia
- Evidencia de abstinencia de alcohol o uso de alcohol para aliviar o evitar la abstinencia
- Beber en cantidades mayores o durante periodos más largos de lo previsto
- Deseo persistente o intentos fallidos de dejar o reducir la bebida
- Gran cantidad de tiempo dedicado a obtener, consumir o recuperarse del alcohol
- Actividades importantes abandonadas o reducidas debido a la bebida
- Consumo continuo de alcohol a pesar del conocimiento de los problemas físicos o psicológicos causados por el alcohol
- Ansiedad por consumir alcohol

Los pacientes con trastorno por consumo de alcohol pueden presentar estados de intoxicación o abstinencia alcohólica aguda.

Los signos y síntomas de la intoxicación aguda varían con la gravedad y pueden incluir dificultad para hablar, nistagmo, comportamiento desinhibido, falta de coordinación, marcha inestable, aumento del polígono de sustentación, hipotensión, taquicardia, deterioro de la memoria, estupor y coma.

Los signos y síntomas de abstinencia que se observan en pacientes con supresión brusca de la ingesta de alcohol van desde temblores hasta alucinaciones, convulsiones y muerte. (12) (13) (14)

b) Tabaco

El tabaquismo es la principal causa de mortalidad en todo el mundo. La mayor parte de relacionada con el tabaquismo se debe a enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECV), cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), también aumenta el riesgo de muchas otras enfermedades agudas y crónicas, incluidos cánceres en muchos sitios además del pulmón. (15)

EL consumo de tabaco y nicotina al fumar o vapear a través de cigarrillos electrónicos y otros dispositivos a menudo comienza durante la adolescencia, pero puede tener efectos importantes sobre la salud durante toda la vida. Debido a la dependencia de la nicotina y los factores sociales, el inicio de los productos de tabaco durante la adolescencia está estrechamente asociado con el tabaquismo persistente en la edad adulta y con los muchos efectos adversos para la salud asociados con el tabaquismo crónico. (16) (17)

El uso de formas de tabaco distintas de los cigarrillos está aumentando en los Estados Unidos, y el 40 por ciento de los consumidores de tabaco consume tabaco en más de una forma. (18)

Aproximadamente el 80 por ciento de las personas que comienzan a fumar durante la adolescencia continuarán fumando en la edad adulta, y un tercio de estas personas morirá prematuramente debido a una enfermedad relacionada con

el tabaquismo. “La epidemia de tabaquismo continúa porque los jóvenes y los adultos jóvenes comienzan a consumir y se vuelven adictos a los cigarrillos y al tabaco sin humo. (16) (17)

Prevalencia: el Estudio sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo de 2015 (GBD), un análisis sistemático de 25 años de consumo de tabaco en 195 países y territorios, determinó que la prevalencia mundial estandarizada por edad del tabaquismo diario en 2015 fue del 25 por ciento entre los hombres y el 5,4 por ciento entre las mujeres. Sin embargo, hubo una gran heterogeneidad entre los diferentes países, con la prevalencia del tabaquismo diario por parte de los hombres que variaba del 4 al 47% y por las mujeres del 1 al 44 %. El consumo de tabaco es más común entre los hombres (25,8 % en 2018) que entre las mujeres (14,1 % en 2018) aunque la brecha de género en las tasas de tabaquismo se ha reducido con el tiempo. El consumo de tabaco también es más común entre los adultos jóvenes de entre 18 y 24 años que entre los grupos de mayor edad.

Las tasas de tabaquismo en todo el mundo varían según diferentes factores sociodemográficos. Los ingresos, el nivel educativo y las tasas de fertilidad se utilizaron para crear un indicador compuesto llamado índice sociodemográfico (IDE).

A nivel mundial, la prevalencia del tabaquismo fue generalmente más alta entre aquellos en los quintiles de IDE más altos y la más baja en el quintil de IDE bajo.

Existe una variación considerable en las tasas y tipos de consumo de productos de tabaco entre los adultos que trabajan en diferentes ocupaciones e industrias

Las tasas de consumo de tabaco en los Estados Unidos también varían según la orientación sexual, con un consumo más alto entre los adultos lesbianas, gays y bisexuales que entre los adultos heterosexuales. Los adultos con discapacidades y angustia psicológica grave auto informada también consumen tabaco en tasas más altas que los adultos sin estas condiciones. (18) (15)

Factores que contribuyen a la iniciación de fumar y vapor (17):

- Actitudes y creencias: las actitudes hacia el tabaquismo son un predictor importante de la iniciación a fumar.
- Influencia de pares y familiares: la presencia de consumidores de productos de tabaco en la red de familiares o amigos se asocia con actitudes menos negativas hacia el tabaquismo o el vapeo y es un factor de predicción importante del inicio del consumo de tabaco durante la adolescencia.
- Edad de inicio: casi todos los adultos estadounidenses que fuman comenzaron a fumar a los 18 años. Cuanto más temprana sea la edad a la que una persona comienza a fumar, es más probable que continúe fumando hasta la edad adulta.
- Percepciones erróneas: los adolescentes tienden a sobreestimar la frecuencia de tabaquismo entre sus compañeros y entre los adultos. Los adolescentes tienden a subestimar sus propios hábitos de fumar.
- Marketing: La publicidad directa del tabaco dirigida a los jóvenes está prohibida en los Estados Unidos, los esfuerzos de marketing indirecto y las imágenes positivas del consumo de cigarrillos en los medios de comunicación tienen efectos importantes sobre el comportamiento del tabaquismo en los adolescentes.
- El uso de cualquier producto de tabaco aumenta la probabilidad de vapear. Los adolescentes a menudo perciben que vapear es más saludable que fumar tabaco combustible y subestiman los riesgos de vapear.
- Dependencia de la nicotina: La nicotina es una sustancia fuertemente adictiva, y los primeros síntomas de la dependencia de la nicotina pueden aparecer días o semanas después del inicio del consumo ocasional de cigarrillos. La aparición temprana de síntomas de dependencia predijo una escalada en la frecuencia de tabaquismo y la frecuencia de tabaquismo aceleró la aparición de síntomas de dependencia. La dependencia de la nicotina es un factor importante para determinar qué individuos se

convierten en fumadores habituales después de experimentar con el tabaquismo.

- Disponibilidad de productos de tabaco aromatizados: El inicio de fumar y vapear parece estar relacionado con la disponibilidad de fuentes de nicotina aromatizadas y otros productos que tienden a atraer a los usuarios novatos. Los aromatizantes incluyen cereza, uva y chicle y se parecen mucho a los dulces. El saborizante es particularmente común en los cigarrillos electrónicos, narguiles y otras fuentes alternativas de nicotina y es popular entre los jóvenes.

Otros factores de riesgo

- Uso de cigarrillos electrónicos: la evidencia acumulada sugiere que el uso de cigarrillos electrónicos y otros dispositivos electrónicos de administración a menudo precede al tabaquismo convencional en los adolescentes, lo que sirve como puerta de entrada a la dependencia de la nicotina
- Nivel previo de experimentación: El nivel de experiencia de tabaquismo del adolescente al inicio del estudio fue el predictor independiente más fuerte del tabaquismo establecido cuatro años después.
- Depresión: la mayoría de los estudios muestran una asociación entre la depresión y la iniciación al tabaquismo, pero no está claro si la asociación es causal.
- Rendimiento escolar deficiente: la falta de estudios y el rendimiento escolar deficiente se asocian con la progresión a lo largo del continuo de la absorción del hábito de fumar. La mala conducta escolar y el bajo rendimiento académico pueden contribuir directa e indirectamente al riesgo de iniciación al tabaquismo. La carrera profesional en la escuela, el bajo rendimiento escolar, el no asistir a la escuela y estudiar en una escuela desfavorecida se han correlacionado con el uso de cigarrillos electrónicos.

- Experiencias adversas: las experiencias adversas durante la infancia están asociadas con un mayor riesgo de comenzar a fumar y continuar fumando. Estos incluyen la separación de los padres o el divorcio; abuso emocional, físico y sexual; tener una madre maltratada; o crecer con un miembro del hogar que abusa de sustancias, es un enfermo mental o está encarcelado.
- Abuso de sustancias: existe una alta tasa de tabaquismo entre los adolescentes que abusan de sustancias. (17) (19)

c) Cannabis

El cannabis (también llamado marihuana) es la sustancia psicoactiva ilegal más utilizada en todo el mundo, sus propiedades psicoactivas se deben principalmente al cannabinoide Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)

El estado legal del consumo de cannabis, tanto con fines médicos como recreativos varía tanto a nivel internacional, la potencia del cannabis ha aumentado significativamente en todo el mundo en las últimas décadas, el trastorno por consumo de cannabis se desarrolla en aproximadamente el 10 % de los consumidores habituales y puede estar asociado con deterioro cognitivo, bajo rendimiento escolar o laboral y comorbilidad psiquiátrica como trastornos del estado de ánimo y psicosis. (20) (21)

Los factores de riesgo y protección para el consumo de cannabis incluyen:

- Edad: El consumo de cannabis varía con la edad, la prevalencia más alta en el último año se da entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años con un 33 % siendo la prevalencia más baja entre los adolescentes tempranos con un porcentaje de 0.5 % entre los de 12 años y 2.8 % entre los de 13 años. El consumo de cannabis es raro en las personas de 65 años y más.
- Sexo: los hombres tienen casi el doble de probabilidades que las mujeres de haber consumido cannabis en el último mes con un porcentaje de 11.3

% para los hombres frente a un 6.7 % en las mujeres. Los hombres y las mujeres inician el consumo en cantidades y edades medias aproximadamente comparables, lo que sugiere que las mujeres pueden dejar de consumir cannabis a tasas más altas.

- Educación: los graduados universitarios tienen una menor prevalencia de consumo de cannabis durante el último mes (6.6 %) que aquellos con menor educación (8.3 s 11.3 %). La experiencia escolar influye mucho en el riesgo de consumo de cannabis entre los adolescentes matriculados en la escuela, se observa una prevalencia dos veces mayor del consumo entre los adolescentes con bajas calificaciones, no participación en actividades extracurriculares y en los que no les gusta ir a la escuela.
- Situación laboral: los empleados de tiempo completo o no en la fuerza laboral (estudiantes, jubilados, discapacitados) tienen una menor prevalencia del consumo de cannabis durante el último mes que los que trabajan a tiempo parcial.
- Ingresos: los adultos con ingresos inferiores tienen una tasa de consumo de cannabis 2.5 veces más altas que los adultos con ingresos mayores.
- Estado civil: los adultos solteros tienen más probabilidades de haber consumido cannabis que los adultos casados o los viudos/separados.
- Estado legal: los adultos en libertad condicional o en libertad supervisada tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de haber consumido cannabis en el último mes que las personas que no se encuentran en dicho estado legal.
- Red social: entre los adolescentes una relación positiva con los padres y tener padres, amigos o compañeros que desapruében el consumo de cannabis se asocian con una prevalencia dos veces menor del consumo de cannabis durante el último mes.
- Religión: los adolescentes que acuden con frecuencia a servicios religiosos o tienen fuertes creencias religiosas que desapruében el consumo de

cannabis tienen entre dos y tres veces menos probabilidades de haber consumido cannabis. (22) (23)

La manifestación definitoria del trastorno por consumo de cannabis es un patrón persistente del consumo que da como resultado un deterioro funcional clínicamente significativo en 2 o más dominios en un periodo de 12 meses. Incluyen la negación por parte del paciente de los problemas relacionados con el cannabis frente a informes de fuentes colaterales confiables (la familia, escuela, el empleador) y la negación del consumo de cannabis por parte del paciente frente a evidencia objetiva de lo contrario.

El trastorno por consumo de cannabis puede producir cambios de humor episódicos o crónicos o alteraciones del pensamiento que pueden parecerse a los trastornos psiquiátricos no relacionados con las drogas, como el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno delirante o la esquizofrenia de tipo paranoide, el diagnóstico diferencial depende de la relación temporal con el consumo habitual de cannabis. (21) (19)

d) Cocaína

La cocaína es un alcaloide de éster de tropano que se encuentra en las hojas de la planta de coca *Erythroxylum*. El consumo de cocaína puede provocar adicción y efectos adversos, como accidente cerebro vascular y paro cardiaco.

La mayor parte del consumo de cocaína corresponde a hombres urbanos de entre 15 y 35 años. Aproximadamente el 3 % de los usuarios actuales en los Estados Unidos son adolescentes de 12 a 17 años. El consumo de cocaína se ha reducido casi cuatro veces entre este grupo de edad en la última década, mientras que ha disminuido alrededor de una cuarta parte en la población general.

En 2015, seiscientos quince mil consumidores de cocaína recibieron tratamiento especializado por su consumo de cocaína o problemas médicos asociados.

La cocaína es la droga ilegal que se asocia con mayor frecuencia con las visitas a los departamentos de emergencia de los hospitales de los Estados Unidos. En 2011, estuvo involucrado en aproximadamente el 40,3 % de las visitas al departamento de emergencias relacionadas con drogas ilícitas.

Patrones de uso: La cocaína se usa en una variedad de patrones. El típico "atacón" implica periodos cortos de uso intensivo separados por períodos más largos de poco o ningún uso. Otros pueden consumir por un periodo prolongado hasta que se agoten sus finanzas o se interrumpa el acceso a la cocaína.

Factores de riesgo: El consumo de cocaína ocurre en todos los grupos sociodemográficos, no se distribuye por igual entre la población de los Estados Unidos. La prevalencia más alta de uso se da entre hombres desempleados de 20 años con una educación no más que secundaria que viven en áreas urbanas.

El consumo de cocaína está altamente asociado con el uso de otras sustancias legales e ilegales y con trastornos psiquiátricos. Los fumadores de cigarrillos y los bebedores empedernidos de alcohol tienen 10 y 20 veces más probabilidades, respectivamente, que los no consumidores de consumir también cocaína. El uso simultáneo de cocaína y alcohol produce un nuevo compuesto, el cocaetileno, que es farmacológicamente activo.

Los consumidores de cocaína tienen un alto riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de cocaína.

Los usuarios más intensos y los usuarios que toman la droga por vía intravenosa o fumando tienen más probabilidades de desarrollar dependencia que los usuarios más ligeros o los usuarios intranasales y orales. El mayor potencial de abuso de la cocaína por vía intravenosa o fumada se atribuye a la velocidad más rápida de administración de la droga al cerebro (en 10 segundos) y al inicio más rápido de los efectos psicológicos. Este inicio más rápido se asocia con una respuesta placentera más intensa (la llamada "hipótesis de velocidad" de la acción de las

drogas psicoactivas). El uso oral de la hoja de coca no se asocia típicamente con consecuencias adversas significativas

El entorno incluidos los factores familiares, religiosos y sociales tiene la mayor influencia en el consumo inicial de cocaína.

Condiciones coexistentes: muchos consumidores de cocaína utilizan otras sustancias, ya sea para mejorar el “subidón” o para mejorar los efectos adversos de la intoxicación o abstinencia. Los consumidores actuales de cocaína tienen el doble de probabilidades que los no consumidores de presentar síntomas de trastornos depresivos o de ansiedad.

La cocaína aumenta la actividad de los neurotransmisores monoamínicos en los sistemas nervioso central y periférico al bloquear las bombas de recapitación presináptica de estos neurotransmisores. Se considera que los efectos psicológicos positivos de la cocaína y su riesgo de abuso se deben a su mejora de la actividad de la dopamina cerebral, específicamente en el llamado circuito de recompensa de la dopamina corticomesolímbica.

La cocaína es única entre las drogas estimulantes por tener una segunda acción de bloquear los canales iónicos de sodio de la membrana dependiente de voltaje.

La cocaína ilegal se presenta en dos formas (base y sal). Ambas formas consisten en la misma molécula de cocaína y ejercen las mismas acciones farmacológicas una vez que llegan al cerebro u otro órgano diana. Se diferencian en propiedades físicas, que permiten diferentes vías de administración.

La cocaína se absorbe fácilmente a través de las membranas mucosas de la nariz y la boca, y de los tractos genitourinario, gastrointestinal y respiratorio. La absorción pasiva puede ocurrir a través de la piel intacta o por inhalación de humo de cocaína se segunda mano.

La distribución esta se absorbe rápidamente en la mayoría de los órganos del cuerpo, incluidos el corazón, los riñones, las glándulas suprarrenales y el hígado.

El inicio de acción de la cocaína depende de la vía de administración. La administración intravenosa e inhalada da como resultado el inicio de la acción en segundos. La administración intranasal y gastrointestinal da como resultado un inicio más lento de 20 a 30 minutos y hasta 90 minutos, respectivamente.

Los efectos de la administración de cocaína por vía intravenosa o inhalada suelen durar de 15 a 30 minutos; los efectos de la administración intranasal y gastrointestinal son aproximadamente una y tres horas, respectivamente.

La cocaína se metaboliza en un 95 % por hidrólisis de sus enlaces éster a benzoilecgonina (por carboxiesterasas en el hígado) y al éster metílico de ecgonina (por butirilcolinesterasa en el hígado, plasma, cerebro, pulmón y otros tejidos, El 5 por ciento restante es N-desmetilado a norcocaína por el sistema de enzimas microsomaes del citocromo P450 del hígado

La cocaína se elimina en gran medida por la orina, la benzoilecgonina es el metabolito que se encuentra en mayor concentración en la orina

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos:

Intoxicación aguda: Las dosis típicas de cocaína son de 12 a 15 g por vía oral, de 20 a 100 mg por vía intranasal de 10 a 50 mg por vía intravenosa y de 50 a 200 mg para fumar. Lo efectos previstos incluyen aumento de energía alerta sociabilidad júbilo o euforia; y disminución de la fatiga, la necesidad de dormir y el apetito.

Los casos mortales de intoxicación por cocaína pueden presentarse con diferencias de 100 veces en la concentración plasmática de cocaína.

Los efectos adversos no deseados ocurren con el aumento de la dosis, la duración del uso o una vía de administración más eficiente.

Los síntomas psicóticos asociados a la cocaína son informados por hasta el 80 por ciento de las personas con un trastorno por consumo de cocaína.

El uso crónico: El uso crónico de cocaína puede resultar en cualquiera de las dos adaptaciones farmacológicas distintas: sensibilización o tolerancia. En estudios con animales, la sensibilización es el resultado de una exposición frecuente, a dosis alta prolongada.

El consumo crónico de cocaína se asocia con un deterioro cognitivo que afecta al rendimiento vasomotor, la atención, la memoria verbal y la toma de decisiones e riesgo-recompensa. Estas deficiencias persisten durante al menos varias semanas de abstinencia.

El consumo crónico de cocaína por cualquier vía de administración se asocia con un mayor riesgo de infección, especialmente hepatitis viral y de comportamiento sexual de riesgo.

Síntomas de abstinencia: El cese del consumo crónico de cocaína produce un síndrome de abstinencia que tiene características psicológicas prominentes, pero que rara vez es médicamente grave. Los síntomas incluyen depresión, ansiedad, fatiga, dificultad para concentrarse, disminución de la capacidad para experimentar placer, aumento del deseo de cocaína, aumento del apetito y aumento de sueño.

Los signos físicos de la abstinencia de cocaína suelen ser menores y rara vez requieren tratamiento.

Efectos sobre sistemas de órganos específicos:

Sistema nervioso central

- Incautación: La evidencia con respecto a una asociación entre el consumo de cocaína y las incautaciones es mixta: Un estudio observacional prospectivo de 2016 de 1134 pacientes hospitalizados por hemorragia subaracnoidea aneurismática encontró que el consumo de cocaína dentro de las 72 horas posteriores al evento se asoció con convulsiones durante l

hospitalización después de controlar por edad, grado clínico, presencia de hemorragia intracraneal y localización del aneurisma.

- Accidente cerebrovascular: La vasoconstricción cerebral, la enfermedad cerebrovascular y el accidente cerebrovascular hemorrágico e isquémico aumentan en los consumidores de cocaína, incluso en pacientes sin otros factores de riesgo.
- Anomalías cerebrales: Las imágenes de resonancia magnética, SPECT y PET en consumidores crónicos de cocaína demuestran anomalías cerebrales estructurales y funcionales: atrofia cerebral de la sustancia gris y disminución del metabolismo de la glucosa en los lóbulos frontal y temporal, pequeños defectos de perfusión cerebral, aumento de la concentración de creatina en la sustancia blanca parietal y disminución de los receptores de dopamina D2 en el cuerpo estriado.
- Trastornos del movimiento: El consumo de cocaína se asocia con una variedad de trastornos del movimiento, que incluyen comportamientos estereotipados, reacciones distónicas agudas, coreoatetosis y acatisia, discinesias bucolingues y exacerbación del síndrome de Tourette y discinesia tardea. Los consumidores de cocaína tienen un mayor riesgo de reacciones distónicas agudas a causa de los medicamentos neurolépticos (antipsicóticos)
- Sistema cardiovascular: Los síntomas cardiopulmonares son las quejas más frecuentes de los consumidores de cocaína que buscan ayuda médica, siendo el dolor de pecho el síntoma más frecuente. La cocaína aumenta de forma aguda la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la resistencia vascular sistémica al aumentar la actividad adrenérgica en el corazón e indirectamente a través del SNC.

El consumo de cocaína es un factor en aproximadamente una cuarta parte de los ataques cardíacos no mortales en persona menores de 45 años.

El consumo de cocaína no suele asociarse con hipertensión crónica, pero parece potenciar la progresión de la enfermedad renal en pacientes con hipertensión

El consumo de cocaína se asocia con arritmias cardiacas supraventriculares y ventriculares, elevación del segmento ST y muerte súbita. El uso crónico se asocia con hipertrofia y disfunción del ventrículo izquierdo, miocardiopatía, fibrosis miocárdica y miocarditis

- Sistema respiratorio: Los efectos de la cocaína en el sistema respiratorio dependen de la vía de administración. El consumo de cocaína intranasal puede causar rinitis crónica, perforación del tabique nasal, úlceras orofaríngeas y sinusitis osteolítica, debido a la vasoconstricción y la necrosis isquémica resultante. La anosmia es rara.

La cocaína fumada ("crack") produce síntomas respiratorios agudos en hasta la mitad de los consumidores, como tos productiva, dificultad para respirar, sibilancias, dolor en el pecho y hemoptisis, y es un factor en hasta un tercio de los adultos jóvenes casos de exacerbación aguda del asma en los servicios de urgencias de los hospitales. Las complicaciones pulmonares más raras del consumo de cocaína fumada incluyen edema pulmonar, hemorragia pulmonar, neumotórax, neumomediastino y lesión térmica de las vías respiratorias.

- Sistema gastrointestinal: El consumo de cocaína por cualquier vía de administración reduce las secreciones salivales y provoca bruxismo. La cocaína reduce la mortalidad gástrica y retrasa el vaciamiento gástrico.

La vasoconstricción y la isquemia inducidas por la cocaína pueden producir ulceración gastrointestinal, infarto, perforación y colitis isquémica.

Las úlceras asociadas a la cocaína se distribuyen principalmente en la curvatura mayor y en la región prepilórica del estómago, canal pilórico, pero, al igual que las úlceras pépticas, también se presentan en la primera porción del duodeno.

- Hígado: Los consumidores de cocaína pueden tener una elevación leve y transitoria de las transaminasas, no hay pruebas directas de que la cocaína sea hepatotóxica en humanos.
- Riñones: El consumo de cocaína puede alterar la función renal mediante diversos mecanismos. La rhabdomiolisis inducida por cocaína es una causa importante de insuficiencia renal aguda.

El consumo de cocaína por parte de pacientes hipertensos aumenta su deterioro de la función renal y la progresión de la nefroesclerosis hipertensiva a la enfermedad renal en etapa Terminal. Mientras que la cocaína promueve la aterosclerosis en los vasos renales, el infarto renal indicado por cocaína es relativamente raro.

- Endocrino: El consumo agudo de cocaína activa el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), aumentando los niveles de epinefrina, hormona liberadora de corticotropina (CRH), ACTH, cortisol y hormona luteinizante, y disminuyendo los niveles plasmáticos de prolactina. Los consumidores crónicos de cocaína suelen tener niveles plasmáticos de prolactina, testosterona, cortisol, hormona luteinizante y hormonas tiroideas.
- Piel: El consumo de cocaína se asocia con diversas lesiones pseudovasculíticas que pueden simular síndromes reumatológicos como granulomatosis con poliangiitis, vasculitis necrotizante y vasculitis por inmunoglobulina A (púrpura de Henoch-Schönlein).
- Disfunción sexual: Aunque la cocaína a menudo se considera un afrodisíaco, en realidad puede afectar la disfunción sexual, especialmente con el uso crónico, y puede causar eyaculación retardada o inhibida en los hombres.
- Salud reproductiva, fetal y neonatal: La cocaína puede provocar menstruaciones irregulares en las mujeres.

El consumo materno de cocaína se ha asociado con sangrado vaginal, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura prematura

de membranas, parto prematuro, disminución del perímetro cefálico, bajo peso al nacer e inestabilidad autonómica.

La cocaína aparece en la leche materna y puede causar irritabilidad, trastornos del sueño y temblores en el lactante. (21)

e) Anfetaminas

La metanfetamina es un psicoestimulante que provoca la liberación y bloquea la receptación de neurotransmisores monoamínicos, como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. La metanfetamina se fuma o inhala con mayor frecuencia y con menos frecuencia se inyecta o ingiere por vía oral.

El uso de metanfetamina varía geográficamente, pero en general, los estimulantes de tipo anfetamínico, que incluyen la metanfetamina, son la droga de uso indebido de más rápido crecimiento en todo el mundo. Los estimulantes de tipo anfetamínico se han convertido en la segunda clase de drogas ilícitas más utilizada en todo el mundo y su uso está aumentando.

El uso de metanfetamina varía geográficamente, pero en general, los estimulantes de tipo anfetamínico, que incluyen la metanfetamina, son la droga de uso indebido de más rápido crecimiento en todo el mundo. Los estimulantes de tipo anfetamínico se han convertido en la segunda clase de drogas ilícitas más utilizada en todo el mundo, y su uso está aumentando.

La evidencia reciente indica que el uso de metanfetamina está aumentando nuevamente; su mortalidad asociada ha aumentado en aproximadamente un 40 por ciento de 2015 a 2016, y las muertes por sobredosis de drogas que involucran metanfetamina se han triplicado desde 2011.

En un informe de las Naciones Unidas de 2012, se encontró que las tasas de uso de metanfetamina en otros países eran similares a las tasas de los Estados Unidos, y oscilan entre el 0,2 y el 1,3 por ciento de la población de 15 a 64 años.

Aproximadamente entre 2005 y 2015, el uso de anfetamina y metanfetamina se generalizó bastante en diferentes regiones del mundo, pero fue particularmente dominante en Asia oriental y sudoriental y América del Norte (24).

Comorbilidad: las personas con diagnóstico de uso crónico de metanfetamina han mostrado altas tasas de trastornos psiquiátricos comórbidos en estudios pequeños:

- Trastorno psicótico primario, 28.6 %, incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o un episodio maniaco.
- Trastorno primario del estado de ánimo, 32.3 %, incluido el trastorno bipolar y la depresión mayor.
- Trastorno de ansiedad primario, 26.5 %, incluido el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático.
- Aproximadamente entre un tercio y un 40 % de las personas con trastorno por consumo de metanfetamina en las muestras estudiadas se les ha asignado un diagnóstico de por vida de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Consecuencias para la salud

- Mortalidad: el uso de metanfetamina se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad temprana. Los consumidores de metanfetamina y cocaína se enfrentan a un riesgo creciente de sobredosis mortal por la contaminación de los estimulantes con fentanilo.
- Enfermedades cardiovasculares: complicaciones cardiovasculares son las principales causas de muerte entre los usuarios de metanfetamina, incluyendo la hipertensión maligna, arritmias, disección aórtica, infarto de miocardio secundario a vasoespasmo, accidente cerebrovascular, y la miocardiopatía.

- Accidente cerebrovascular: los adultos que usan metanfetamina tienen un riesgo aproximadamente cinco veces mayor de sufrir un accidente cerebrovascular hemorrágico.
- Comportamientos sexuales de riesgo: los usuarios de metanfetamina suelen tener más parejas sexuales, es más probable que adopten comportamientos sexuales de riesgo en comparación con los no consumidores, en parte porque la metanfetamina aumenta la libido. Las probabilidades de tener relaciones sexuales de riesgo para los consumidores heterosexuales de metanfetamina son en promedio entre un 37 y un 72 % mayor en comparación con los que no usan metanfetamina.

La metanfetamina es un psicoestimulante que provoca un aumento en la sinapsis de los neurotransmisores monoamínicos como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina a través de los siguientes mecanismos moleculares.

El uso de metanfetamina ejerce sus efectos en gran medida a través del sistema de dopamina. La consecuencia de los procesos anteriores es que la dopamina se vuelve altamente concentrada en la hendidura sináptica y está disponible para la captación postsináptica y la posterior señalización

Los estudios de neuroimagen han demostrado que las personas dependientes de la metanfetamina tienen:

- Menor disponibilidad del receptor de dopamina D / D estriatal y orbitofrontal, que se asocia con una mayor impulsividad.
- Transportador de dopamina inferior y transportador de monoamina vesicular tipo 2 en el cuerpo estriado, así como en la corteza prefrontal orbitofrontal y dorsolateral, que persiste incluso después de una sobriedad prolongada.

Neurotoxicidad: el uso de metanfetamina puede provocar la muerte de las células nerviosas como consecuencia de múltiples procesos intracelulares, pero la

evidencia hasta la fecha no ha sido concluyente. Las estructuras del cerebro humano que son altamente sensibles al estrés oxidativo, como el hipocampo, pueden ver se afectadas por el uso crónico de metanfetamina. La metanfetamina aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, que afecta de forma más sensible al hipocampo. Se han propuesto varios mecanismos moleculares para contribuir a la neurotoxicidad inducida por metanfetamina, entre ellos:

- Estrés oxidativo, Radicales libres en el espacio intracelular
- Mecanismos excitotóxicos, Exceso de glutamato
- Neuroinflamación, Inflamación de la glía
- Sistema proteasoma ubiquitina, reciclaje disfuncional de proteínas
- Disfunción mitocondrial, Metabolismo anormal de carbohidratos
- Nitración de proteínas
- Estrés del retículo endoplasmático
- Desacetilación de microtúbulos
- Disfunción del factor neurotrófico, Crecimiento o desarrollo alterado de neuronas y glía.

Los cambios en la barrera hematoencefálica pueden permitir la entrada de patógenos en el parénquima cerebral, disminuyendo así los recursos endógenos de reparación cerebral.

Los efectos clínicos del uso de metanfetamina son casi inmediatos. Se ha descubierto que la droga se fuma con mayor frecuencia (68 %) o esnifada (31 %), y con menos frecuencia se inyecta (7 %) o se ingiere por vía oral (3 %)

La metanfetamina entra rápidamente en órganos bien perfundidos, incluido el cerebro, y tiene una vida media de aproximadamente 9 a 13 horas. La metanfetamina puede acumularse en el cerebro en concentraciones hasta 10 veces mayores que las del plasma.

Los efectos conductuales agudos de la metanfetamina incluyen:

- Mayor energía y estado de alerta
- Disminución de la necesidad de dormir
- Euforia
- Aumento de la sexualidad
- Hablar excesivamente
- Transpiración
- Patrones de sueño alterados
- Músculos de la mandíbula tensos
- Rechinar los dientes
- Pérdida del apetito, que contribuye a la pérdida de peso con el uso crónico
- Pensamiento desorganizado
- Picor
- Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea
- Sequedad de boca que conduce a caries dentales graves con uso crónico
- Cambios en el estado de ánimo que consisten en irritabilidad, ansiedad, agresión o pánico
- Otros signos de activación del sistema nervioso simpático, incluida la dilatación pupilar, aumento de la frecuencia cardíaca y otros cambios cardiovasculares

Psicosis: un metaanálisis de 2018 estima que entre el 36.5 y el 42.7 % de las personas expuestas a la metanfetamina desarrollan un trastorno psicótico inducido por la metanfetamina. Los síntomas predominantes son paranoia, delirios persecutorios, alucinaciones auditivas, visuales y táctiles. La psicosis asociada a la metanfetamina se caracteriza por una duración relativamente prolongada de la psicosis y una recurrencia durante los períodos de abstinencia de la droga.

Efectos cognitivos - La evidencia del efecto del uso crónico de metanfetamina en la cognición es mixta y en cierta controversia. El abuso o la dependencia de metanfetamina del DSM-IV se asoció con déficits de tamaño de efecto medio en:

- Memoria episódica
- Funciones ejecutivas
- Velocidad de procesamiento de información
- Habilidades motoras
- Idioma
- Habilidades visuomotoras

La importancia clínica de los deterioros cognitivos asociados con el uso prolongado de metanfetamina es incierta. Se ha descubierto que el funcionamiento cognitivo de los consumidores de metanfetamina se sitúa abrumadoramente dentro del rango normal en comparación con los datos normativos.

Síndrome de abstinencia: las personas experimentan un síndrome de abstinencia temprano después de dejar de consumir metanfetamina, que se manifiesta como uno o más síntomas que incluyen:

- Anhedonia
- Irritabilidad
- Pobre concentración
- Hiperfagia
- Insomnio o hipersomnias
- Agitación o retraso psicomotor

La mayoría de estos síntomas parecen resolverse en dos semanas, aunque se informó que la interrupción del sueño duraba hasta cuatro semanas. (25)

f) Inhalantes

Los inhalantes son vapores químicos que se respiran intencionalmente para drogarse. El uso de inhalantes se popularizó en la década de los sesenta con adolescentes que olfateaban pegamento (cola), se han popularizado otros tipos de

inhalantes. En la mayoría de los casos, estas drogas son utilizadas por adolescentes jóvenes y niños en edad escolar. Los adultos también las usan en ocasiones.

Algunos nombres callejeros de los inhalantes incluyen mona, dragón, chemo, pvc, activo y goma.

Tipos de inhalantes muchos productos para el hogar contienen químicos volátiles. Volátil significa que el químico produce vapores que se pueden respirar (inhalar).

Los tipos comunes de inhalantes de los que se abusa son:

- Aerosoles como aromatizantes ambientales, desodorantes, protectores de telas, laca para el cabello, rociador de aceite vegetal y pintura en aerosol.
- Gases como el butano (líquido de encendedor), espray para limpiar computadoras, freón, helio, óxido nitroso (gas de la risa, que se encuentra en contenedores de crema batida) y propano.
- Nitritos, que ya no se venden legalmente. Cuando los nitritos se compran de manera ilegal, a menudo se venden como "limpiador para pieles", "aroma líquido", "aromatizante de habitaciones" o "limpiador de cabezas de video".
- Solventes, como el líquido corrector, desengrasante, pegamento de secado rápido, marcadores con punta de fieltro, gasolina, acetona y disolvente de pintura.

Los inhalantes se aspiran a través de la boca o la nariz. Los términos callejeros para estos métodos son:

- Bolseo (*bagging*). Inhalar la sustancia luego de que se ha rociado o introducido en una bolsa de papel o plástico
- Globo (*ballooning*). Inhalar gas de un globo

- Espolvoreada (*dusting*). Rociar un aerosol en la nariz o la boca
 - *Glading*: Inhalar aromatizantes ambientales en aerosol
 - Aspirado (*huffing*). Inhalar un trapo remojado en la sustancia y luego sostenerlo cerca de la cara o meterlo a la boca
 - Esnifeo (*sniffing*). Inhalar una sustancia directamente a través de la nariz
 - Jalar (*snorting*). Inhalar una sustancia directamente a través de la boca.
- (26)

Mecanismo de acción: Los hidrocarburos volátiles y el óxido nitroso tienen un mecanismo de acción similar. Como el etanol y otros agentes anestésicos por inhalación, son altamente solubles en lípidos. Se absorben rápidamente a través del lecho pulmonar hacia el torrente sanguíneo y se distribuyen por todo el cuerpo

Estos inhalantes actúan como depresores del sistema nervioso central (SNC). Se cree que la depresión del SNC está mediada por la alteración de la función de la membrana neuronal en los receptores de glutamato o del ácido gamma amino butírico.

Estos inhalantes producen un efecto en segundos que generalmente dura de 15 a 30 minutos. Ha habido casos raros de síntomas prolongados cuando se inhalaron grandes cantidades. La euforia inicial es seguida por letargo. El juicio y la coordinación se ven afectados. La intoxicación se mantiene mediante el uso repetido. Se han descrito síntomas de tolerancia a los efectos de los inhalantes y abstinencia fisiológica.

Los nitritos producen sus efectos placenteros mediante una intensa vasodilatación que produce una sensación de calor y calidez. La absorción es rápida a través del lecho pulmonar y provoca la aparición de hipotensión y taquicardia refleja a los pocos segundos de la inhalación. Los efectos son breves y duran menos de cinco minutos. Los nitritos también se utilizan para mejorar el placer sexual al prolongar la erección del pene y promover la relajación del esfínter anal. (27)

Al inhalarse, los pulmones absorben los químicos, en algunos segundos los químicos van al cerebro, provocando que la persona se sienta intoxicada o drogada. El efecto normalmente involucra sentirse emocionado y contento, una sensación similar a sentirse ebrio debido al consumo de alcohol.

Algunos inhalantes provocan que el cerebro libere dopamina. La dopamina es un químico que está involucrado con el estado de ánimo y el pensamiento. También es conocido como el químico del cerebro encargado de sentirse bien. Debido a que el efecto dura solo algunos minutos, quienes lo usan intentan hacer que el efecto dure más tiempo inhalando repetidas veces por varias horas.

Los nitritos son distintos de los otros inhalantes. Hacen que los vasos sanguíneos se expandan y que el corazón lata más rápido. Esto provoca que la persona se sienta cálida y emocionada. Los nitritos frecuentemente se inhalan para mejorar el desempeño sexual en lugar de hacerlo para sentirse drogados.

Los químicos de los inhalantes pueden dañar el cuerpo de muchas maneras, lo que lleva a problemas de salud como:

- Daño a la médula ósea
- Coma
- Pérdida de la audición
- Problemas cardíacos, como un ritmo cardíaco irregular o acelerado
- Pérdida del control de esfínteres
- Cambios en el estado de ánimo, como indiferencia respecto a todo (apatía), comportamiento violento, confusión, alucinaciones o depresión
- Problemas neurológicos, como adormecimiento u hormigueo de las manos y los pies, debilidad y temblores
- Los ritmos cardíacos rápidos o irregulares pueden provocar que el corazón deje de bombear sangre al resto del cuerpo. Esta afección se conoce como síndrome de muerte súbita por inhalación.

- Puede presentarse asfixia cuando los pulmones y el cerebro no reciben suficiente oxígeno. Esto puede suceder cuando los niveles de vapores químicos en el cuerpo son tan altos que toman el lugar del oxígeno en la sangre. (26)

g) Sedantes

Las benzodiazepinas tienen propiedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivas y relajantes de los músculos, que las han convertido en un tratamiento ampliamente prescrito, principalmente para la ansiedad y el insomnio. También están asociados con la dependencia física y la adicción.

El trastorno por consumo de benzodiazepinas puede ser un trastorno crónico y recidivante y el uso de benzodiazepinas se ha asociado con un aumento de la morbilidad y la mortalidad en algunos estudios.

- Sustancias controladas: Debido a su potencial de uso indebido, adicción y desvío y venta ilícitos, los analgésicos opioides, estimulantes y benzodiazepinas y otros sedantes/hipnóticos están regulados, lo que restringe si se pueden recetar y cómo.
- Uso indebido de medicamentos recetados: Cualquier uso de un medicamento recetado que este fuera de la forma y la intención para las que fue recetado.
- Uso no médico: Uso de un medicamento que no se le recetó al individuo o el uso “solo por el sentimiento o la experiencia que causó”
- Trastorno por consumo de medicamentos recetados: Uso indebido de un medicamento recetado, trastorno por consumo de sustancias.

Dentro de su prevalencia encontramos que no se dispone de datos precisos, pero las estimaciones sugieren una prevalencia de por vida del trastorno por consumo de benzodiazepinas de algo menos del 1 %, Alcance del trastorno desde finales de la década de 1990 hasta la de 2010.

- La prevalencia de por vida de los trastornos por uso de tranquilizantes y sedantes en los Estados Unidos es se estimó en 1.0 y 1.1 %, respectivamente.
- Prevalencia del trastorno por consumo de tranquilizantes en los Estados Unidos fue del 0,16 por ciento de la población total y del 6 por ciento de las personas con trastorno por consumo de drogas ilícitas en 2013.

Los factores de riesgo son Varios para el trastorno por uso de benzodiazepinas se han identificado:

- Mayor duración del uso de benzodiazepinas
- Dosis más altas de benzodiazepinas
- Nivel de educación más bajo

El uso indebido de benzodiazepinas recetadas se asocia con un:

- Mayor severidad del insomnio
- Uso actual de antidepresivos

Comorbilidad psiquiátrica: El trastorno por consumo de benzodiazepinas se ha asociad con una amplia gama de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Los trastornos por uso de sedantes y tranquilizantes se asociaron con:

- Otros trastornos por uso de sustancias
- Uso indebido de otros medicamentos recetados
- Trastorno de pánico con agorafobia
- Trastorno bipolar I
- Desorden de personalidad antisocial

Las benzodiazepinas se unen a los receptores del ácido gamma-aminobutirico tipo A, que son responsables de la mayor parte de la neurotransmisión inhibitoria en el

sistema nervioso central y un objetivo principal del alcohol, barbitúricos, relajantes musculares y otros medicamentos con sedantes.

Las benzodiazepinas se pueden clasificar en agentes de acción corta, intermedia y de acción prolongada. Existen al menos tres determinantes de la velocidad de las benzodiazepinas: vida media, tasa de absorción y lipofilia.

La mayoría de las benzodiazepinas se absorben por completo, pero tienen diferentes tasas de absorción.

El uso crónico de benzodiazepinas puede causar dependencia física, como lo demuestra el síndrome de abstinencia de benzodiazepinas observado en muchos consumidores de benzodiazepinas a largo plazo al suspender el fármaco.

La velocidad de aparición parece jugar un papel importante en la propensión a la adicción de diferentes tipos de benzodiazepinas. El diazepam y el flunitrazepam, dos benzodiazepinas de inicio rápido y el lorazepam parecen tener la mayor probabilidad de mal uso.

La patogenia de la adicción no se comprende completamente; sin embargo, el uso de todas las drogas adictivas, incluidas las benzodiazepinas, implica aumentos en los niveles de dopamina en el sistema de dopamina mesolímbico, el sistema de recompensa del cerebro.

Se cree que la plasticidad sináptica, o los cambios en la fuerza sináptica determinados por la actividad sináptica previa, son la base de los procesos de aprendizaje y memoria. Las drogas adictivas pueden provocar cambios duraderos en el sistema de recompensas.

Se cree que la mayoría de los factores de riesgo genéticos del abuso o trastorno por uso de benzodiazepinas no son específicos de una sustancia y, por lo tanto, se comparten entre diferentes sustancias.

Dentro de sus manifestaciones clínicas encontramos:

Trastorno por consumo de benzodiazepinas: Los pacientes con un trastorno por consumo de benzodiazepinas pueden presentar un rango de gravedad. Los casos más leves pueden no tener signos de uso de benzodiazepinas o comportamientos aberrantes de toma de medicamentos solamente, mientras que los pacientes con mayor gravedad pueden presentar intoxicación aguda o abstinencia de benzodiazepinas.

Retirada: La interrupción brusca o demasiado rápida de las benzodiazepinas depuse del uso regular a las dosis recomendada conduce con mayor frecuencia a un periodo corto de ansiedad de rebote e insomnio que puede ocurrir tan pronto como un día después de la interrupción, dependiendo de la mitad.

Manifestaciones clínicas: Los signos y síntomas típicos de la abstinencia de benzodiazepinas incluyen:

Leve

- Ansiedad
- Insomnio

Moderado

- Alteración del sueño
- Irritabilidad
- Ansiedad, ataques de pánico
- Temblor
- Diaforesis
- Pobre concentración
- Náuseas vómitos
- Pérdida de peso
- Palpitaciones

- Dolor de cabeza
- Dolor y rigidez muscular

Grave

- Incautación
- Psicosis

Factores de riesgo: Las convulsiones por abstinencia pueden ser mas probables en pacientes con antecedentes de:

- Daño cerebral
- Adicción al alcohol
- Anormalidades del electroencefalograma

Los factores asociados con una mayor gravedad de la abstinencia de benzodiazepinas incluyen:

- Interrupción abrupta después de un uso regular
- Mayor duración de usos antes de la interrupción
- Dosis más altas
- Vida media más corta

Intoxicación: Los signos de intoxicación por benzodiazepinas incluyen dificultad para hablar, falta de coordinación, marcha inestable y deterioro cognitivo.

Sobredosis: Los signos e sobredosis de benzodiazepinas incluyen nistagmo, estupor o coma y depresión respiratoria. Los signos de abstinencia de benzodiazepinas incluyen ansiedad, hiperactividad autónoma, temblor, insomnio y nauseas o vómitos. La abstinencia de benzodiazepinas más grave puede provocar alucinaciones transitorias, convulsiones tonico-clonias generalizadas y delirio. (28)

h) Alucinógenos

Alucinógeno sustancia cuyos efectos principales incluyen la alteración de la percepción sensorial, el estado de ánimo y los patrones de pensamiento, los alucinógenos naturales se han utilizado por millones de años como parte de actividades rituales o religiosas. El primer alucinógeno sintético Dietilamida del ácido lisérgico (LSD) fue sintetizado por el químico Albert Hofmann en 1938 este se comercializo inicialmente como un agente anestésico y se promociono como un complemento del psicoanálisis, la droga fue prohibida por la ley federal de los estados unidos en 1966.

Los alucinógenos se utilizan por sus llamados efectos psicodélicos, estos implican el aumento o distorsión, de los estímulos sensoriales y la mejora de los sentimientos y la introspección. La mayoría de los alucinógenos producen efectos simpaticomiméticos como taquicardia, hipertensión, midriasis, hipertermia y diaforesis los cuales generalmente son leves. Las náuseas y los vómitos son frecuentes y a menudo proceden a la aparición de efectos alucinógenos.

Una alucinación ocurre cuando una persona experimenta percepciones sensoriales en ausencia de estímulos externos. Las alucinaciones verdaderas pueden ocurrir con el uso recreativo de alucinógenos. Las alteraciones en la percepción comúnmente causadas por estas drogas se denominan con mas precisión ilusiones porque a menudo hay una base en la realidad para la percepción sensorial.

Viaje se refiere a los efectos experimentados por una intoxicación aguda. Un mal viaje es una reacción de la intoxicación aguda en la que la disforia, el miedo, la agitación u otros efectos no deseados son los síntomas predominantes.

Flashback es una recurrencia de los síntomas asociados con la intoxicación por alucinógenos después de que los efectos de la intoxicación aguda hayan desaparecido.

Efectos neuropsiquiátricos los efectos comúnmente reportados incluyen una mayor percepción de información sensorial, sensación distorsionada del tiempo, euforia, sensación de bienestar, percepción de ser un observador pasivo de los eventos o estar fuera del cuerpo de uno, sentimientos de expansión y sinestesia y experiencias místicas o espirituales mejoradas. Los neuropsiquiátricos no deseados incluyen miedo, reacciones de pánico, disforia, imágenes aterradoras y una abrumadora sensación de pavor, pueden llegar a producir una psicosis franca que puede llegar a durar por varios días.

Anomalías de signos vitales graves son poco frecuentes con alucinógenos se puede presentar hipertensión y taquicardia, la hiperemia rara vez ocurre pero puede llegar a denotar intoxicación grave que requiere un tratamiento agresivo en un entorno de cuidados intensivos.

Síndrome de la serotonina se caracteriza por la triada clínica de alteración del estado mental, anormalidades neuromusculares y la hiperactividad autonómica.
(29)

i) Opiáceos

Opioide se refiere a sustancias naturales y sintéticas que actúan en uno de los tres principales receptores de opioides (mu, Kappa, Delta), estos pueden tener efectos analgésicos y depresores del sistema nervioso central (SNC) así como el potencial de causar euforia.

El trastorno por consumo de opioides (OUD) es típicamente una enfermedad crónica, recidivante, asociada con tasas significativamente mayores de morbilidad y mortalidad, puede implicar el uso indebido de medicamentos opioides recetados, el uso de medicamentos opioides desviados o el uso de heroína obtenida ilícitamente.

Dentro de los diferentes opioides encontramos:

- Heroína derivado de la morfina, es el opioide del que se abusa más comúnmente por inyección su nombre químico es Diacetilmorfina, dentro de la terminología popular se le conoce como caballo, bofetada, blanco de china, polvo blanco, “H”, goma y pasta.
- Opio es una mezcla compleja de sustancias que se extrae de las cápsulas de la adormidera (*Papaver somniferum*), que contiene la droga narcótica y analgésica llamada morfina y codeína, se auto administra con mayor frecuencia al fumar pero también se puede ingerir.
- Endorfina subclase de opioides que constan de péptidos endógenos que alivian el dolor, incluidas acetilcolinas, dinorfinas y Beta-endorfinas.
- Opioides recetados los medicamentos se recetan principalmente para aliviar el dolor, entre ellos encontramos oxycodona, hidrocodona, fentanilo, tramadol y metadona, debido a que tienen el potencial de causar abuso y adicción están regulados por la ley de sustancias controladas en Estados Unidos y por estatutos similares en otros países.

Farmacología

Los opioides activan receptores de neurotransmisores transmembrana específicos (μ , Kappa, Delta) que acoplan las proteínas G las cuales son intermediarios moleculares que inician el proceso de comunicación intracelular (la estimulación de las proteínas G inicia el proceso intracelular de transducción de señales)

La activación de los receptores opioides μ da lugar a los efectos opioides prototípicos de recompensa, abstinencia y analgesia, la activación de estos receptores puede mediar una variedad de proteínas G que conducen a efectos secundarios sobre las enzimas generadoras de mensajes (adenil ciclasa y fosfolipasa-c) los mensajeros secundarios se reducen de forma aguda por la activación del receptor opioide.

Los receptores de opioides se encuentran en el SNC y periférico, los efectos de la activación de los receptores mu neuromusculares dependerán de la ubicación del receptor, los tipos de proteínas G presentes en los tejidos neuronales activados y la frecuencia y duración de la activación.

La activación de los receptores mu en el SNC da lugar a respuestas como depresión respiratoria, analgesia, euforia y miosis. La activación de los receptores opioides periféricos mu en el musculo liso de los bronquios e intestinos produce depresión de la tos y estreñimiento inducido por opioides.

Manifestaciones clínicas se puede presentar intoxicación de forma aguda, pueden tener dificultad para hablar, parecer sedados, y tener pupilas puntiagudas (miosis). Si se la han inyectado es posible que en el examen se observen los sitios de inyección nuevos. La duración de la intoxicación dependerá de la vida media del fármaco ingerido y de la tolerancia del paciente a los opioides. Los pacientes con OUD típicamente tienen un funcionamiento social deteriorado el cual puede variar ampliamente dependiendo de la gravedad y duración del trastorno.

Dentro de las consecuencias para la salud podemos encontrar infecciones, síndrome del intestino irritable inducido por opioides, hiperalgesia, síndrome amnésico opioide, accidentes y mortalidad por sobredosis. (1)

Alucinógeno sustancia cuyos efectos principales incluyen la alteración de la percepción sensorial, el estado de ánimo y los patrones de pensamiento, los alucinógenos naturales se han utilizado por millones de años como parte de actividades rituales o religiosas. El primer alucinógeno sintético Dietilamida del ácido lisérgico (LSD) fue sintetizado por el químico Albert Hofmann en 1938 este se comercializo inicialmente como un agente anestésico y se promociono como un complemento del psicoanálisis, la droga fue prohibida por la ley federal de los estados unidos en 1966.

Los alucinógenos se utilizan por sus llamados efectos psicodélicos, estos implican el aumento o distorsión, de los estímulos sensoriales y la mejora de los sentimientos y la introspección. La mayoría de los alucinógenos producen efectos simpaticomiméticos como taquicardia, hipertensión, midriasis, hipertermia y diaforesis los cuales generalmente son leves. Las náuseas y los vómitos son frecuentes y a menudo proceden a la aparición de efectos alucinógenos.

Una alucinación ocurre cuando una persona experimenta percepciones sensoriales en ausencia de estímulos externos. Las alucinaciones verdaderas pueden ocurrir con el uso recreativo de alucinógenos. Las alteraciones en la percepción comúnmente causadas por estas drogas se denominan con más precisión ilusiones porque a menudo hay una base en la realidad para la percepción sensorial.

Viaje se refiere a los efectos experimentados por una intoxicación aguda. Un mal viaje es una reacción de la intoxicación aguda en la que la disforia, el miedo, la agitación u otros efectos no deseados son los síntomas predominantes.

Flashback es una recurrencia de los síntomas asociados con la intoxicación por alucinógenos después de que los efectos de la intoxicación aguda hayan desaparecido.

Efectos neuropsiquiátricos los efectos comúnmente reportados incluyen una mayor percepción de información sensorial, sensación distorsionada del tiempo, euforia, sensación de bienestar, percepción de ser un observador pasivo de los eventos o estar fuera del cuerpo de uno, sentimientos de expansión y sinestesia y experiencias místicas o espirituales mejoradas. Los neuropsiquiátricos no deseados incluyen miedo, reacciones de pánico, disforia, imágenes aterradoras y una abrumadora sensación de pavor, pueden llegar a producir una psicosis franca que puede llegar a durar por varios días.

Anomalías de signos vitales graves son poco frecuentes con alucinógenos se puede presentar hipertensión y taquicardia, la hiperemia rara vez ocurre pero puede llegar a denotar intoxicación grave que requiere un tratamiento agresivo en un entorno de cuidados intensivos.

Síndrome de la serotonina se caracteriza por la triada clínica de alteración del estado mental, anormalidades neuromusculares y la hiperactividad autonómica. (30)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abuso de sustancias son un problema en la salud de la población ya que se estima que la prevalencia en el mundo es de 5.5 %, en México es del 10.3 %, y en el estado de Chihuahua es del 12.2 %

Además se estima que la mortalidad por el abuso de sustancias a nivel mundial es de aproximadamente medio millón de personas cada año, la muerte de 69,252 personas se ha relacionado con el uso de drogas tanto legales como ilícitas en México.

La importancia de determinar la prevalencia en la umf2 de chihuahua es para establecer y promover programas preventivos a través de la identificación de riesgos y su mitigación.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y los factores asociados en la UMF2 del IMSS?

IV. JUSTIFICACION

En México en el marco del fortalecimiento de las políticas públicas con respecto a la salud y con énfasis en la prevención de adicciones en la población general y principalmente en los jóvenes, aun no se han explorado todas las aristas del consumo de sustancias psicoactivas en la población; mismo que incide en la deserción escolar, en el incremento de los accidentes, en años de vida potencialmente perdidos que repercuten directamente en la productividad laboral y familiar; factores que son considerados detonantes en la descomposición social que sufre el mundo actual. La globalización ha permeado en la sociedad y ha ocasionado el incremento de las adicciones entre los jóvenes que imitan comportamientos socialmente no aceptados en nuestro país. El abordaje de las adicciones en las unidades médicas habitualmente solo es con la finalidad de resolver problemas agudos de intoxicación en los hospitales, por esta razón, no se cuenta con estudios realizados sobre adicciones en Unidades de Medicina familiar para abordar las adicciones de forma curativo y ni preventivo. Por lo anterior esta investigación propone medir características particulares de la población derechohabiente, con relación al consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco, alcohol y drogas asociados a diversos factores condicionantes, que debido a esto puede originar el incremento del número de consumidores y por consiguiente la saturación de los servicios de salud por problemas relacionados con el consumo provocando el colapso de las unidades médicas. Así mismo este trabajo podrá dar un panorama más objetivo a los médicos de primer nivel sobre el consumo de algunas sustancias psicoactivas, al mismo tiempo identificar las necesidades individuales de los derechohabientes para dictar políticas de prevención de la adicciones.

V. OBJETIVO

Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua

Objetivo específico.

1. Conocer la Prevalencia del consumo de tabaco de la UMF 2 del IMSS, de la Ciudad de chihuahua.
2. Conocer la Prevalencia de la ingesta de alcohol de la UMF 2 del IMSS, de la Ciudad de chihuahua.
3. Conocer la Prevalencia del consumo de otras drogas de la población de la UMF 2 del IMSS, de la Ciudad de chihuahua.
4. Analizar la edad, el género, el estado civil, la ocupación, el grado de escolaridad y el ingreso económico influyen en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población de la UMF 2 del IMSS chihuahua.

VI. HIPÓTESIS

a) Hipótesis verdadera

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua es del 15 %

La disfunción familiar y el estrato socioeconómico medio-bajo son factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua.

b) Hipótesis Nula

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua es menor del 15 %

La disfunción familiar y el estrato socioeconómico medio-bajo no son factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua.

VII. METODOLOGÍA

1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Estudio observacional, transversal; analítico.

2. LUGAR.

Unidad de Medicina Familiar No 2 Chihuahua.

3. PERSONA.

Pacientes que acudan a la consulta externa de la UMF2 del IMSS chihuahua de 18 a 60 años de edad

4. PERIODO.

Marzo 2021 - Junio 2021

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.

1. Derechohabientes adscritos a la UMF No 2, mayores de 18 años que acepten participar en el estudio
2. Que no tengan comorbilidades agregadas

Criterio de Exclusión:

1. Paciente No derechohabientes
2. Paciente portador de déficit neurológico o discapacidad que impidan la aplicación del cuestionario recolector de datos

Criterios de Eliminación

1. Pacientes que no firmen carta de consentimiento informado
2. Paciente que contesten el 100 por ciento de la encuesta si no sería un sesgo

IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

Consumo sustancias psicoactivas

Definición conceptual

Es la ingesta y consumo de alcohol, tabaco y/o otras sustancias que actúan sobre el sistema Nervioso Central, en donde se agrupan diversos patrones de uso y abuso

Definición operacional

Se aplicara el cuestionario ASSIST V3.0. Una vez aplicado el cuestionario se obtendrá el puntaje para cada sustancia etiquetas de la letra a) a la j)

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Cannabis
- d) Cocaína
- e) Anfetaminas
- f) Inhalantes
- g) Sedantes
- h) Alucinógenos
- i) Opiáceos
- j) Otras drogas

Se suman las puntuaciones de las preguntas y de acuerdo a los valores obtenidos se clasificara en No Consumo, Consumo Bajo, Consumo Moderado, Consumo Alto según lo que corresponda

Tipo de variable

Cuantitativa Ordinal

Indicador:

- 1- No consumo
- 2- Consumo bajo (0 a 3 puntos, excepto en alcohol que va de 0-10 puntos)
- 3- Consumo Moderado (4 a 26 puntos, excepto en alcohol que va de 11 a 26 puntos)
- 4- Consumo Alto(Mayor de 27 puntos)

VARIABLE INDEPENDIENTE

Función familiar

Definición conceptual

Es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio

Definición operacional:

Se medirá mediante la aplicación del Apgar familiar

Tipo de variable

Cualitativa numérica

Indicador:

1. Alta Satisfacción- Buena Función Familiar de 18 a 20 puntos
2. Mediana Satisfacción- Disfunción Leve de 17 a 14 puntos

3. Baja Satisfacción- Disfunción Moderada de 13-10puntos

4. Baja Satisfacción- Disfunción Severa de 9 o menos puntos

Estrato Socioeconómico

Definición conceptual

Conjunto de ganancias que se obtiene una entidad privada o pública, o un individuo en particular

Definición operacional

Se medirá mediante la aplicación de la escala de Graffar-Méndez Castellano

Tipo de variable

Cualitativa Nominal

Indicador:

1. Clase Alta de 4-6 puntos
2. Clase Media Alta de 7-9 puntos
3. Clase Media de 10-12 puntos
4. Pobreza Relativa de 13-16 puntos
5. Pobreza Crítica 17-20 puntos

TERCERAS VARIABLES:

Sexo

Definición conceptual

El sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.

Definición operacional:

Lo referido en la nota del médico.

Tipo de variable

Cualitativa. Dicotómica.

Indicador:

1. Masculino
2. Femenino

Edad

Definición conceptual

Es el periodo de Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la recolección de la información

Definición operacional:

Periodo de años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista

Tipo de variable

Cuantitativa. Ordinal.

Indicador:

Años Cumplido

Estado Civil**Definición conceptual**

Situación jurídica civil, determinada por la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace sus vínculos personales con individuos de otro género o del mismo sexo

Definición operacional:

Se obtendrá por interrogatorio directo y de acuerdo a la respuesta se categorizara en el grupo que corresponda

Tipo de variable

Cuantitativa. Ordinal.

Indicador:

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Viudo (a)
4. Divorciado (a)
5. Unión libre

Escolaridad**Definición conceptual**

Es el nivel de estudios alcanzado de acuerdo al reglamento de educación de la secretaria de educación y cultura

Definición operacional:

El grado máximo reportado por el sujeto de estudio

Tipo de variable

Cualitativa Nominal

Indicador:

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria o Bachillerato
5. Licenciatura
6. Posgrado

Ocupación**Definición conceptual**

Se denomina ocupación o trabajo a toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas

Definición operacional:

Se tomara como aquella actividad realizada por el entrevistado en su trabajo o en su domicilio

Tipo de variable

Cualitativa Nominal

Indicador:

1. Hogar
2. Estudiante
3. Empleado informal
4. Empleado asalariado
5. Trabajador por cuenta propia
6. Agricultor
7. Comerciante
8. Servicios profesionales
9. Desempleado

X. TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA.

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en México es del 10.3 %, con una población adscrita en grupo de edad de 18 a 64 años de 50,714 derechohabientes en la UMF2 del IMSS chihuahua información obtenida de pirámide poblacional, Fuente. Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), octubre 2019.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

N= Tamaño de muestra que se requiere
p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (0.05)
q= 1-p complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio (1- 0.5)
δ= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar (0.5)
Z_α= Distancia de la media del valor de significación propuesto (1.96)
n

Estimando un 5% de pérdidas

381

Tipo de muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se obtendrán frecuencias y proporciones. Se realizaran pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizará por medio de proporciones.

Se calcularan proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizará la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculará el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calcularan los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos a realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo mínimo**, ya que se llevará a cabo con la revisión de expedientes y cuestionario aplicado al paciente que acude a la consulta de la UMF2. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, Octubre 2013; este estudio requiere carta de consentimiento informado, debido a que se revisara el expediente de los casos que acudan a la UMF No. 2. Debido a la naturaleza de este estudio, no existen riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio, ayudarán a obtener información para determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población mayor de 18 años adscrita a la UMF No. 2, por lo que ofrecerá el conocimiento y dará el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para capacitar al personal médico.

XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.

Se realizará un estudio transversal, observacional, prospectivo donde se incluirán pacientes de 18 a 60 años de edad de la consulta de la UMF 2, a los cuales se les determinara el consumo de sustancias psicoactivas y mediante una hoja de recolección de datos se le preguntará acerca de sus factores asociados para obtener las siguientes variables, sexo, edad, estado civil, ingreso económico, escolaridad, ocupación, Todo lo anterior será guiado por mi asesor. Posterior a la toma de información, se realizará una base de datos, para posteriormente llevar acabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones y para determinar la asociación entre los diagnósticos y la actividad laboral Razón de Momios de Prevalencia (RMP) e intervalos de confianza al 95%.

XIV. RESULTADOS

Se estudiaron 381 pacientes (Ver Tabla 1), de las cuales 167 (43.8%) eran masculinos (Ver Gráfica 1), 96 (25.2%) tenían de 40 a 49 años (Ver Gráfica 2), 170 (44.6%) eran casados (Ver Gráfica 3), 125 (32.8%) estudiaron hasta secundaria (Ver Gráfica 4), 250 (65.6%) eran empleados asalariados (Ver Gráfica 5), 167 (43.8%) eran del estrato socioeconómico medio (Ver Gráfica 6), 47 (12.3%) tenían disfunción familiar severa (Ver Gráfica 7), 28 (7.3%) consumían tabaco altamente (Ver Gráfica 8), 27 (7.1%) alcohol (Ver Gráfica 9), 2 (0.5%) cannabis (Ver Gráfica 10), 1 (0.3%) cocaína (Ver Gráfica 11), 2 (0.5%) consumo moderado de anfetaminas (Ver Gráfica 12), 17(4.5%) consumo alto de sedantes (Ver Gráfica 13), 2 (0.5%) consumo moderado de alucinógenos (Ver Gráfica 14), 3 (0.8%) consumo moderado de opiáceos (Ver Gráfica 15) .

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la mediana de edad fue de 39 años con Rangos Intercuartilares (RIC) de 20 años (Ver Gráfica 16). En el análisis bivariado (Ver Tabla 3) encontramos que los hombres tienen 3.77 veces riesgo de consumir sustancias con intervalos que van hasta 6.66 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes de 30 a 39 años tienen un 35% de exceso de riesgo de tener consumo de sustancias con intervalos que van hasta el 61% de exceso de riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los que tienen licenciatura tienen un 15% de exceso de riesgo de consumo de sustancias con intervalos que van hasta el 85% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con estrato socioeconómico alto tienen un 24% de exceso de riesgo de tener consumo de sustancias con intervalos que van hasta 33% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen disfunción severa tienen 5% de exceso de riesgo de tener consumo de sustancias con intervalos que van hasta 25% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

XV. DISCUSIONES

El consumo de sustancias psicoactivas representa un problema de salud pública de alta relevancia para México. No es para menos considerando que el país se encuentra en vías de desarrollo, donde el porcentaje de pobreza que existe representa el 43.9% según la última encuesta de CONEVAL. (31)

Los determinantes de la salud según lo dicho por OMS, constituyen condiciones de vida y resultan facilitadores para el contacto con sustancias estupefacientes; Situaciones como la desintegración social, marginación económica y familia disfuncional son detonantes para el uso inicial y continuo de drogas. (32)

Del total de los entrevistados, el 77.7% afirma haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia psicoactiva. El sexo masculino fue ligeramente predominante en aquellos participantes de la encuesta que afirmaron consumo de algún tipo de droga con el 39.1% (149) mientras que el 38.6% representa al sexo femenino; por otro lado el 22.3% refiere no haber consumido ningún tipo de psicoactivo 18 (4.7%) para hombres y 67(17.6 %) para mujeres).

De todas las sustancias evaluadas en este protocolo, la que con mayor frecuencia se consume es el alcohol con el 68.2% sin importar la periodicidad de consumo; específicamente hablando, 36% de los entrevistados (138) respondieron que su consumo era bajo mientras que aquellos que afirmaron que su consumo era de moderado a alto (95 (24.9%) y 27(7.1%) respectivamente), corresponde al 32% (122) de ellos. La cifra es preocupante porque indica que un casi tercio de la población estudiada tiene un consumo moderado a alto en alcohol.

Es bien conocida la asociación que existe entre el consumo de tabaco y alcohol; Un importante porcentaje de grandes consumidores de alcohol (que cumplen la definición operacional) son también grandes fumadores. Si bien el tabaquismo perse no es conocido por potencializar el consumo de alcohol, se sabe que el etanol si potencializa el consumo de tabaco. (33)

El 38.3% (146) de los entrevistados consumen tabaco independientemente de su frecuencia, pero el 37% de estos lo hacen de manera moderada o alta (113 entrevistados que corresponde al 29.7% y 28 que equivale a 7.3%), lo que refleja lo publicado por De Silva et al. y coincide con la cercanía de los porcentajes de consumo de alcohol, afirmando la correlación que existe entre alcohol y tabaco. (33)

En cuanto a drogas ilícitas se refiere, la gran mayoría de los casos menciona no consumirlas.

Solo 8.4% (32) de los entrevistados consumen de manera habitual cannabis (20 de manera moderada a alta, representando 5.2%), 2.4%(9) consumen cocaína, 0.5% (2) anfetaminas, 0.8% (3) opiáceos y 0.5% (2) alucinógenos. Sin embargo llama la atención que 16.3% del total de los entrevistados (62) han consumido sedantes. De estos el 15% tienen un consumo moderado a elevado (moderado 40-10.5% y alto 17-4.5). Aunque estos medicamentos no son propiamente ilegales, si es medicamento controlado y esto conlleva a conseguirlo de manera ilícita.

Los principales grupos de edad en donde se desarrolla el mayor consumo de sustancias psicoactivas pertenece al rango adultos jóvenes; Este grupo abarca desde los 20 años hasta los 49 con un ligero pico durante la década de los 30. (34)

De acuerdo a los resultados obtenidos, el grupo etario de entre los 30 a los 49 años de edad, que es en donde mayormente se presenta el consumo, y representa el 40.7% (155) de los casos entrevistados. Esto denota que la población económicamente activa es la que consumidora principal de dichas sustancias. Coincide con que solamente el 53% (202) de los casos se identificaron como empleados asalariados, 7.1% (27) como empleado informal, 1.6% como trabajador por propia cuenta, 2.1% (8) como servicios profesionales y 1% (4) se

identificó como comerciante. El 12.9% restante se identificaron como trabajadores del hogar o estudiantes.

Manhica et al en su estudio comentan que en Suiza, la exposición a muy temprana edad a estados de pobreza parece incrementar el riesgo de consumo de drogas en la vida adulta dado a las complicaciones y obstáculos que enfrentan conforme se desarrollan y alcanzan la adultez (35).

Similarmente en lo publicado por Chung et al refieren que un determinante social de alto impacto para el inicio en el consumo de drogas es el estrato social; refiere que para poder entender las necesidades médicas que tiene la población, es necesario conocer los efectos de la pobreza en la salud y como estos elementos pueden ser prevenibles e incluso modificados para no permitir el desarrollo de condiciones patológicas. (36)

El estrato socioeconómico donde se presenta la mayor cantidad de consumo es la clase social media con 35.4% (135) de los casos abordados y la pobreza relativa con 28.6% (109). En tercer puesto se encuentra la clase media alta con 12.3% (47), mientras que los extremos de los estratos solo reúnen solo el 1.3%. Aunque es más presente en estratos medios y bajos, el hecho de que más del 10% de los casos que afirmaron el consumo de drogas pertenezca a una clase social media alta confirma que el problema del abuso de sustancias realmente afecta a cualquier estrato; Si bien es más frecuente que, dadas las circunstancias que rodean a el estrato social bajo y medio, se facilite el acceso a sustancias nocivas, no es algo dependiente de los principales grados de escolaridad en los cuales se localiza la mayor parte de los usuarios de drogas psicoactivas pertenecen a aquellos que cuentan con la secundaria completa con 24.9% (95), seguido de aquellos que cuentan con el bachillerato con 22% (84) seguido de la licenciatura con 19.2% (73). Aunque también existen casos en donde hay consumo con grados académicos bajos (primaria) o nulos (analfabetismo), solo representan el 10.3% del total de las personas entrevistadas.

Finalmente, el 39.9% de los entrevistados consumidores de sustancias psicoactivas afirmaron que sufren algún tipo de disfunción familiar; de estos, la mayoría refirieron presentar en casa una disfunción leve en el 18.1% (69) de los casos, aquellos con una disfunción moderada representan 12.3% (47) y finalmente una disfunción severa con el 9.4% (36). Es importante recalcar que aunque un porcentaje similar (37.8%) presentan una relación buena con su familia, cerca del 40% de los entrevistados refirieron que existen problemas en su familia, lo que demuestra que aunque no sea la mayoría de los casos, el padecer de una familia disfuncional es un factor de riesgo para iniciar en el consumo de drogas.

XVI. CONCLUSIONES

El uso de drogas psicoactivas es una problemática creciente en el país. Independientemente de la legalidad de las sustancias, el uso de estas ha ido en aumento, en especial jóvenes y adultos jóvenes, específicamente entre las edades de 20 a los 59 años. Las repercusiones clínicas que pueden presentarse a raíz de este incremento están bien estudiadas y pueden incurrir en gastos prevenibles para el sistema de salud público.

Si bien, el uso de estas drogas se asocia principalmente a aquellas que son consideradas ilegales (marihuana, cocaína, etc.), los que fueron consumidos principalmente para propósito de este protocolo fueron el alcohol, el tabaco y de manera sorpresiva los sedantes. Esto habla de la necesidad de aumentar las regulaciones para el consumo y venta hacia el público general, principalmente enfocado al grupo de riesgo que son los jóvenes. De manera similar es necesario regular de manera más cuidadosa el control de los medicamentos controlados, así como penalizar más severamente su venta sin receta y en lugares clandestinos.

El presente protocolo logra cumplir sus objetivos ya que permite conocer la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como determinar la asociación a factores de riesgo para el desarrollo de dichas adicciones, sin embargo para otorgar mayor consistencia y reforzar los hallazgos encontrados en este estudio, sería ideal la realización de esta entrevista e interrogatorio en diversas UMF pertenecientes a la OOAD Chihuahua. Esto con el propósito de obtener una mayor cantidad de casos con escolaridad baja o nula, y casos de estrato social de pobreza crítica y estrato social alto; logrando así homogeneizar el universo estudiado, garantizar solidez en la información y otorgando una mayor validez.

La suma de los factores previamente descritos aumentan el riesgo de iniciar el consumo temprano de sustancias psicoactivas. Partiendo de esta premisa es justamente donde las acciones preventivas por parte de los servicios médicos

deben ser dirigidos; localizar aquellos casos que cuenten con uno o más factores de riesgo para desarrollar consumo de psicoactivos y ofrecer consejería desde la adolescencia con el propósito de evitar que se desarrollen adicciones.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Observatorio de Drogas. [Online].; 2020. Available from: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>.
2. Secretaria de Salud. Prevencion, Deteccion y Consejeria en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el primer nivel de atención.; 2015. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Definicion de Adiccion a Sustancias o Drogas. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones#:~:text=Se%20conoce%20como%20adicci%C3%B3n%20a,su%20estructura%2C%20provocando%20conductas%20peligrosas>.
4. Secretaria de Salud. NOM-028 SSAA2-1999 Norma oficial Mexicana, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.; 1999. Available from: <Http://www.salud.gob.mx>.
5. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas ilícitas.; 2016. Available from: <http://www.inprf.gob.mx>.
6. Consejo Nacional contra las Adicciones (2008). Prevención de las adicciones y promoción de conductas Saludbles. Guia para el promotor de "Nueva Vida".; 2012. Available from: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf.
7. Gomez D, Correa E, Arias C. Prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín. Archivos de Medicina. 2014; 11(8): p. 1-7.
8. Hernandez C, Garcia A. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud Mental. 2013.
9. Medina M, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud Publica. 2013; 5(1): p. 67-73.
10. Juan M, González E, Kuri P, Velasco M, Ruiz G. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes.; 2014. Available from: <http://www.conadic.gob.mx>.

11. Villatoro J, Medina M, Del Campo R, Fregoso D, Bustos M, Escobar R. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*. 2016; 39(4): p. 193-203.
12. Berrocal Narvaez NE, Ocampo Rivero M, Herrera Guerra E. Determinantes sociales en el consumo de. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2018.
13. Jeanette M, Tetrault, M, O'Connor P. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *Wolters Kluwer*. 2018 Septiembre 13.
14. Saitz R. Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs in primary care. *Wolters Kluwer*. 2020 Agosto 06.
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mortalidad atribuible al tabaquismo, años vida potencial perdidos y pérdidas de productividad.; 2008.
16. Johnston L, O'Malley P. Monitoring the Future national survey results on drug use. *Institute for Social Research*. 2016.
17. Sockrider M, Rosen JB. Prevention of smoking and vaping initiation in children and adolescents. *Wolters Kluwer*. 2020 Julio 09.
18. Rigotti N. Patterns of tobacco use. *Wolters Kluwer*. 2020 Julio 28; 28.
19. Perkonig A, Goodwin A, Fielder A. El curso natural del consumo, abuso y dependencia del cannabis durante las primeras décadas de vida. *Adicción*. 2008;; p. 103:439.
20. Hasin D, Saha T, Kerrodge B. Prevalencia de los trastornos por consumo de marihuana en los Estados Unidos entre 2001-2002 y 2012-2013. *Psiquiatría JAMA*. 2015;; p. 72-76.
21. Gorelik D. Cocaine use disorder in adults: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, medical consequences, and diagnosis. *Wolter Kluwer*. 2017 Agosto 1.
22. Gorelick D. Cannabis use and disorder: Epidemiology, comorbidity, health consequences, and medico-legal status. *Wolters Kluwer*. 2020 Marzo 24.
23. Hasin D, Kerridge B, Sasha T. Prevalencia y correlaciones del trastorno por

consumo de cannabis DSM-5. AM Journal Psychiatry. 2016;; p. 173-188.

24. Martin P. Methamphetamine use disorder_ Epidemiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Wolters Kluwer. 2019.
25. Paulus M. Trastorno por consumo de metanfetamina: epidemiología, manifestaciones clínicas, evolución, evaluación y diagnóstico. Wolters Kluwer. 2019 Agosto.
26. MedlinePlus. Medline Plus, Información de salud para ustedes. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/inhalants.html>.
27. Perry H. Inhalant abuse in children and adolescents. Wolters Kluwer. 2020 Marzo.
28. Woo Park T. Benzodiazepine use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. Wolter Kluwer. 2020 Enero 10.
29. Delgado J. Intoxication from LSD and other common hallucinogens. Wolters Kluwer. 2020 Enero 21.
30. Strain E. Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis. Wolters Kluwer. 2020 Enero 11.
31. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL. [Online].; 2021 [cited 2022 04. Available from: [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social](#).
32. Berrocal Narvárez NE, Ocampo Rivero M, Herrera Guerra E. Determinantes sociales en el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en 2016. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2018 Dec; 7(2): p. 12-35.
33. De Silva V, Samarasinghe D, Hanwella R. Association between concurrent alcohol and tobacco use and poverty. Drug Alcohol. 2011 Jan; 30(1): p. 69-73.
34. Cohn A, Villanti A, Richardson A, Rath J, Williams V, Staton C, et al. The association between alcohol, marijuana use, and new and emerging tobacco products in a young adult population. Addict Behaviors. 2015 Jul; 48: p. 79-88.

35. Manhica H, Straatmann V, Lundin A, Agardh E, Danielsson AK. Association between poverty exposure during childhood and adolescence, and drug use disorders and drug-related crimes later in life. *Addiction*. 2021 Jul; 116(7): p. 1747-1756.
36. Chung E, Benjamin S, Garg A, Conroy K, Gross R, Long D, et al. Screening for Social Determinants of Health Among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. *Screening for Social Determinants of Health Among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians*. 2016 May; 46(5): p. 135-153.

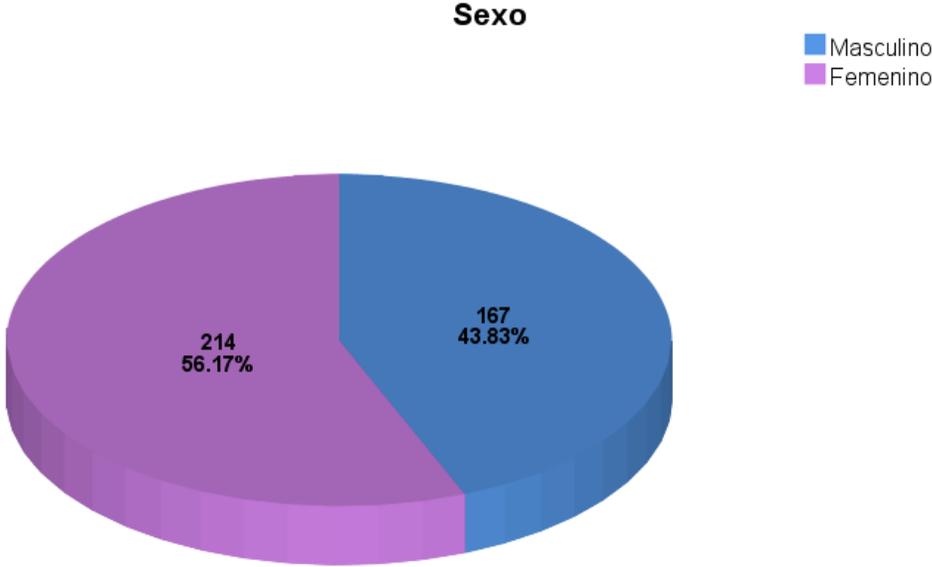
XIX. TABLAS, GRAFICAS Y ANEXOS.

Tabla 1. Características pacientes UMF No. 2 Chihuahua.

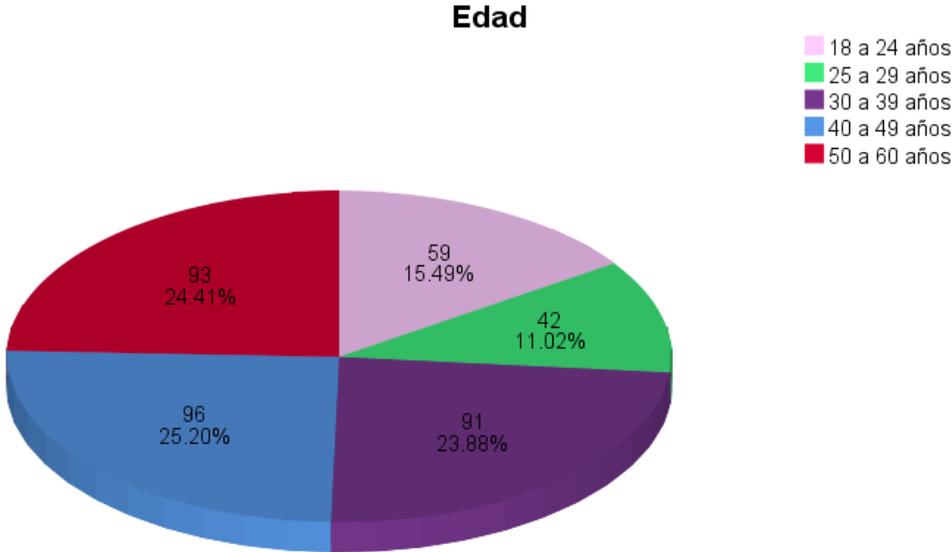
Característica	Frecuencia n, (%)
Sexo	
Masculino	167, (43.8)
Femenino	214, (56.2)
Edad	
18 a 24 años	59, (15.5)
25 a 29 años	42, (11.0)
30 a 39 años	91, (23.9)
40 a 49 años	96, (25.2)
50 a 60 años	93, (24.4)
Estado civil	
Soltero	101, (26.5)
Casado	170, (44.6)
Viudo	21, (5.5)
Divorciado	33, (8.7)
Unión Libre	56, (14.7)
Escolaridad	
Analfabeta	2, (.5)
Primaria	54, (14.2)
Secundaria	125, (32.8)
Bachillerato	104, (27.3)
Licenciatura	89, (23.4)
Posgrado	7,(1.8)
Ocupación	
Hogar	61, (16.0)
Estudiante	13, (3.4)
Empleado Informal	30, (7.9)
Empleado Asalariado	250, (65.6)
Trabajador por cuenta propia	10, (2.6)
Comerciante	7, (1.8)
Servicios Profesionales	10, (2.6)
Estrato socioeconómico	
Alta	1, (.3)
Media Alta	61, (16.0)
Medio	167, (43.8)
Pobreza Relativa	146, (38.3)
Pobreza Critica	6, (1.6)

Función Familiar	
Buena	197, (51.7)
Disfunción Leve	79, (20.7)
Disfunción Moderada	58, (15.2)
Disfunción Severa	47, (12.3)
Frecuencia de consumo Tabaco	
No Consumo	235, (61.7)
Bajo	5, (1.3)
Moderado	113, (29.7)
Alto	28, (7.3)
Frecuencia de Consumo Alcohol	
No Consumo	121, (31.8)
Bajo	138, (36.2)
Moderado	95, (24.9)
Alto	27, (7.1)
Frecuencia de Consumo Cannabis	
No Consumo	349, (91.6)
Bajo	12, (3.1)
Moderado	18, (4.7)
Alto	2, (.5)
Frecuencia de Consumo Cocaína	
No Consumo	372, (97.6)
Bajo	1, (.3)
Moderado	7, (1.8)
Alto	1, (.3)
Frecuencia de Consumo Anfetaminas	
No consumo	379, (99.5)
Moderado	2, (.5)
Frecuencia de Consumo Sedantes	
No Consumo	319, (83.7)
Bajo	5, (1.3)
Moderado	40, (10.5)
Alto	17, (4.5)
Frecuencia de Consumo Alucinógenos	
No Consumo	379, (99.5)
Moderado	2, (.5)
Frecuencia de Consumo Opiáceos	
No Consumo	378, (99.2)
Moderado	3, (.8)

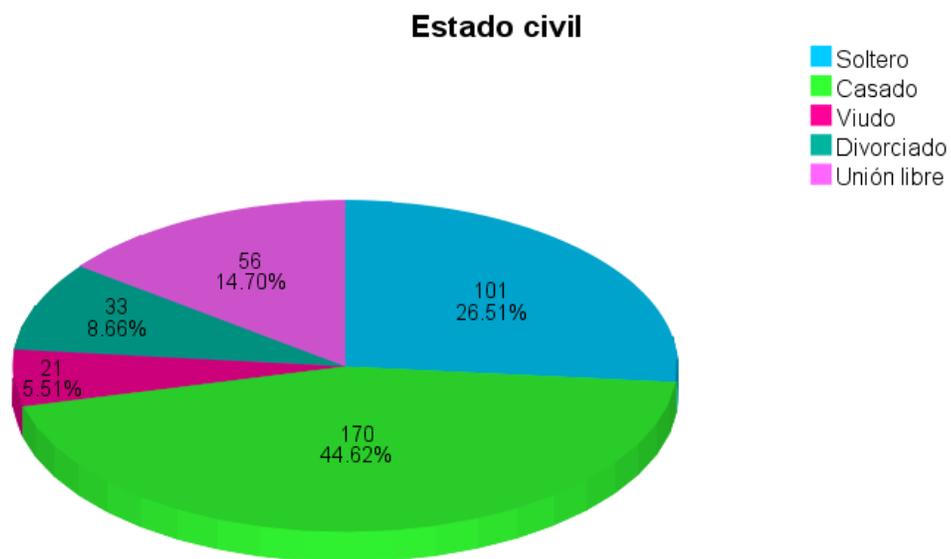
Gráfica 1. Sexo de la Población UMF No. 2, de Chihuahua



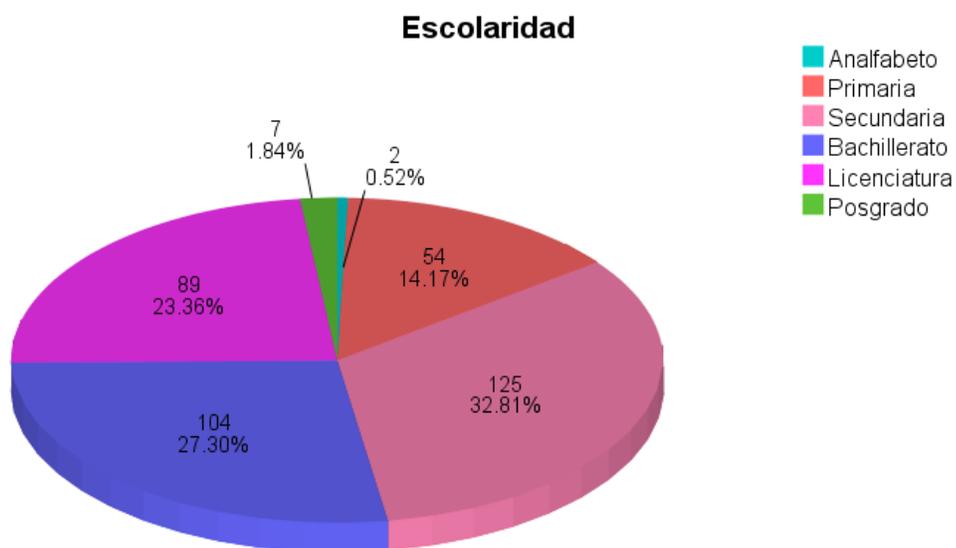
Gráfica 2. Edad de la Población UMF No. 2, de Chihuahua.



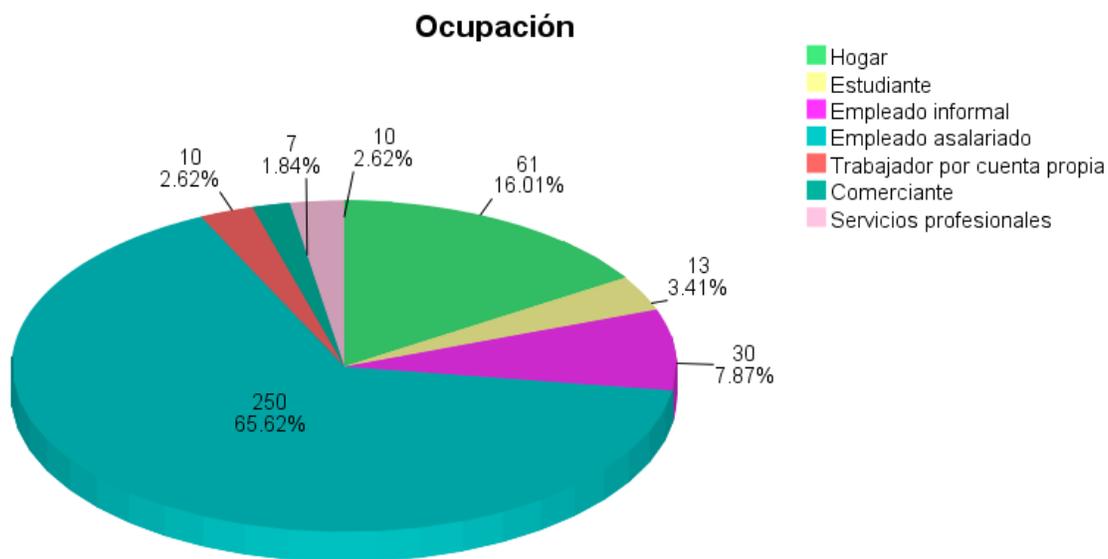
Gráfica 3. Estado Civil de la Población UMF No. 2, de Chihuahua



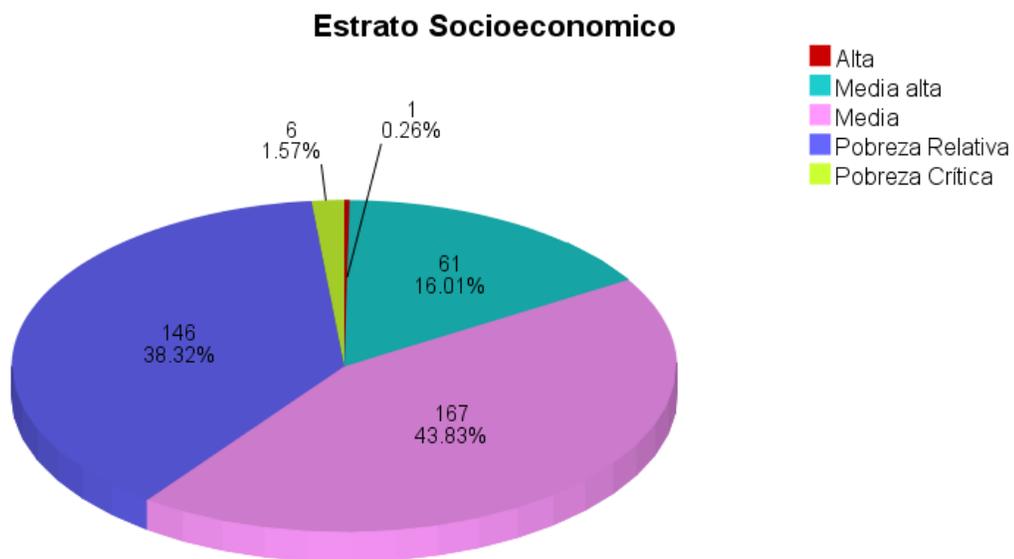
Gráfica 4. Escolaridad de la población UMF No. 2, de Chihuahua



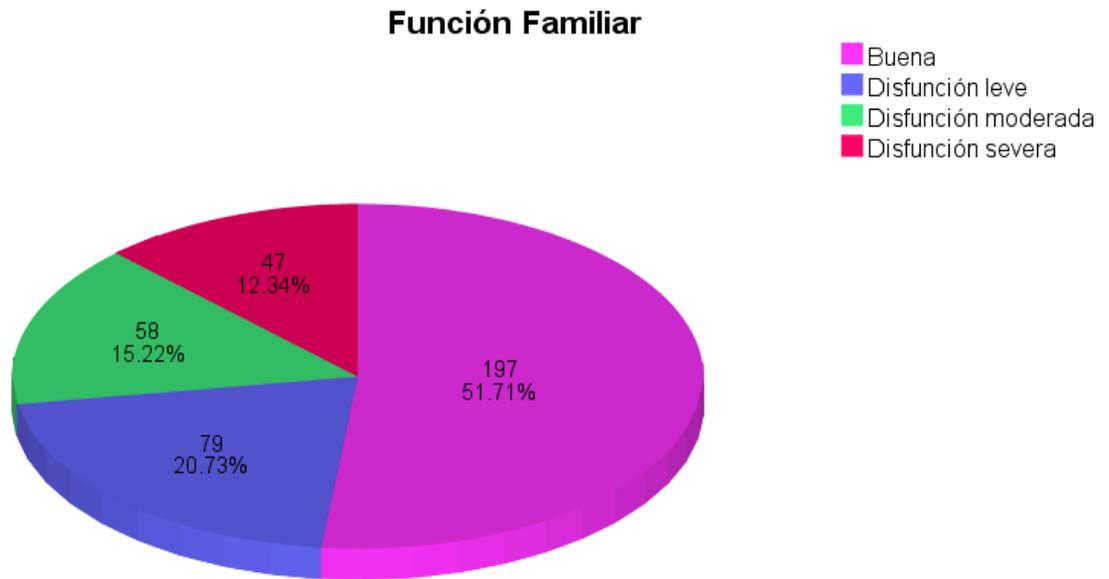
Gráfica 5. Ocupación de la población UMF No. 2, de Chihuahua



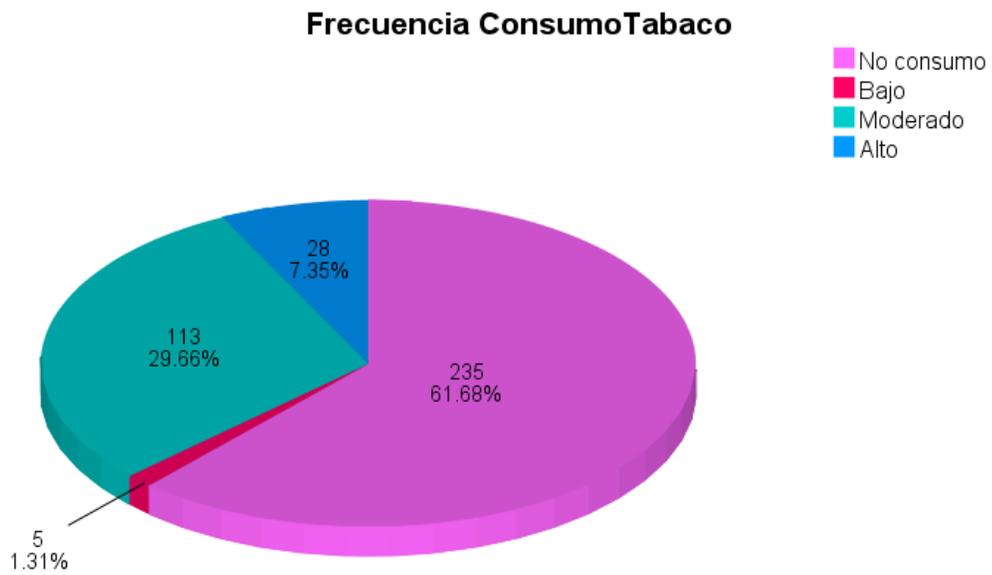
Gráfica 6. Estrato socioeconómico de la población UMF No. 2, de Chihuahua



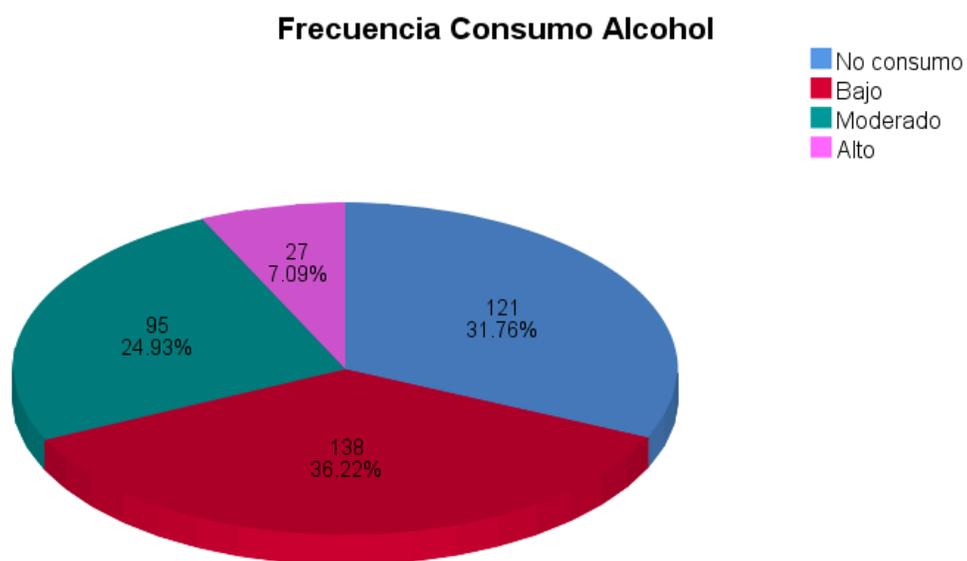
Gráfica 7. Función Familiar de la Población UMF No. 2, de Chihuahua



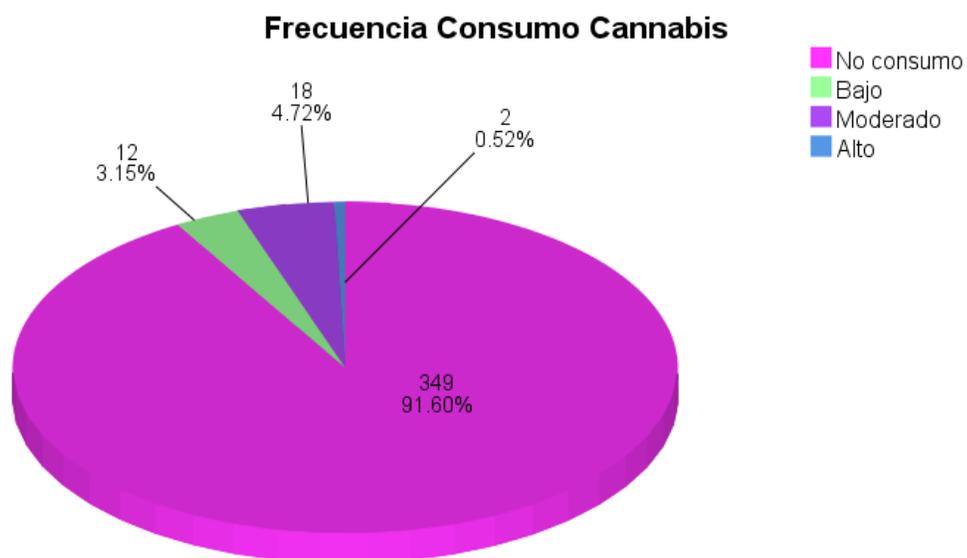
Gráfica 8. Consumo tabaco en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



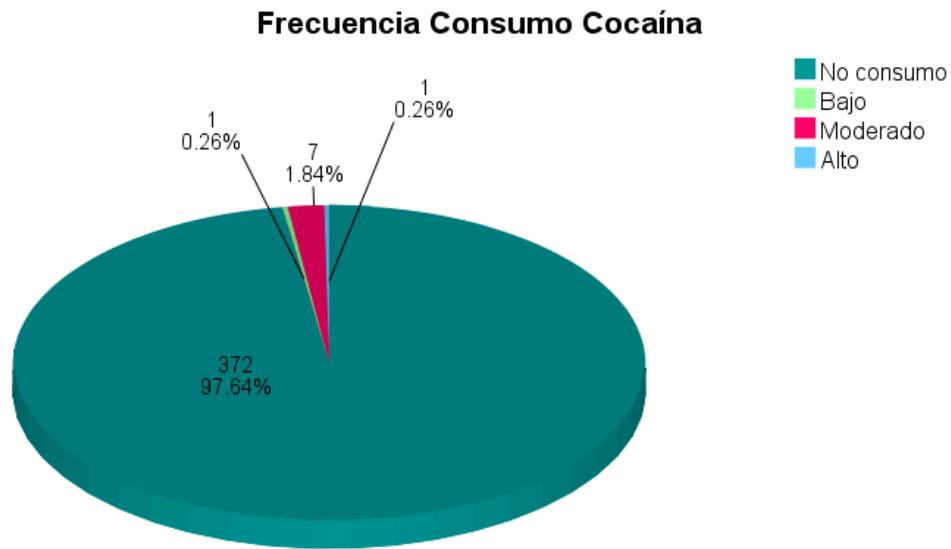
Gráfica 9. Consumo alcohol en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



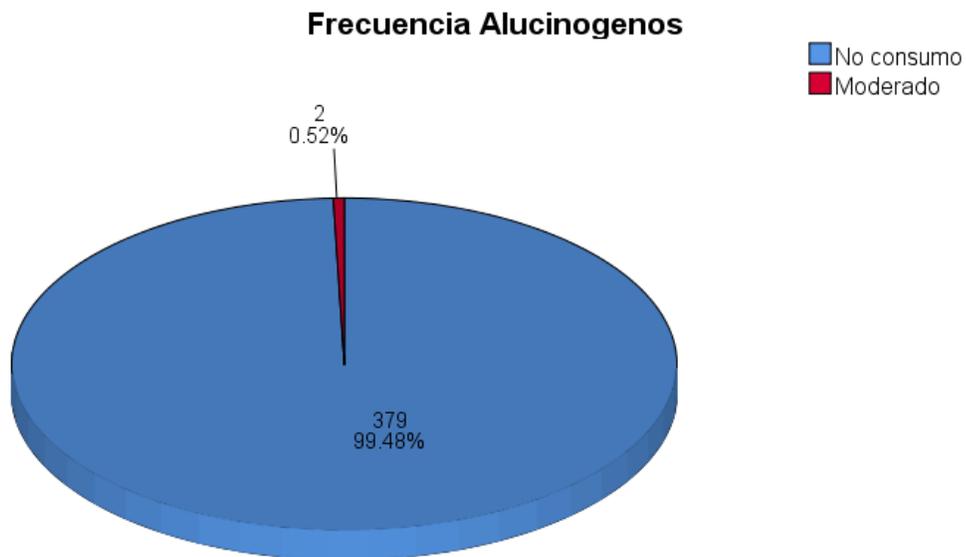
Gráfica 10. Consumo cannabis en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



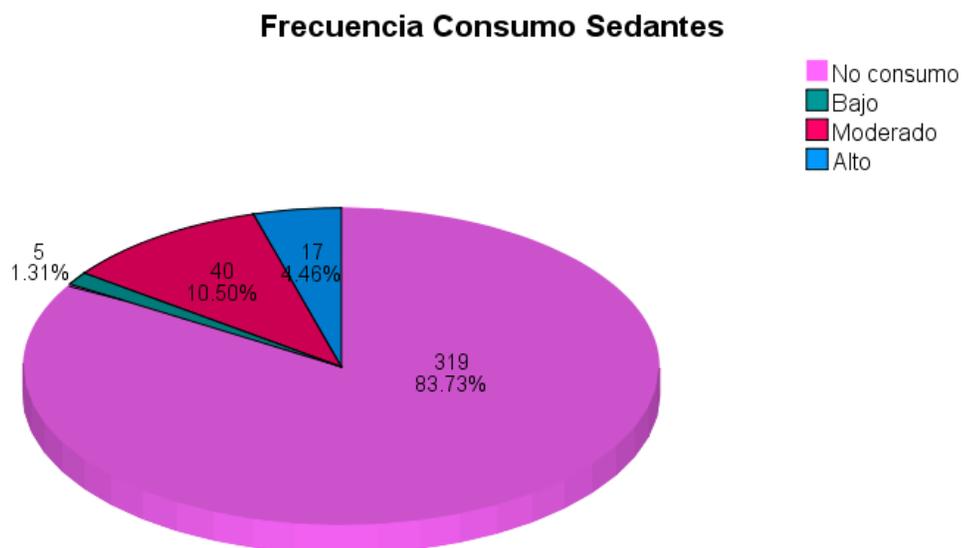
Gráfica 11. Consumo cocaína en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



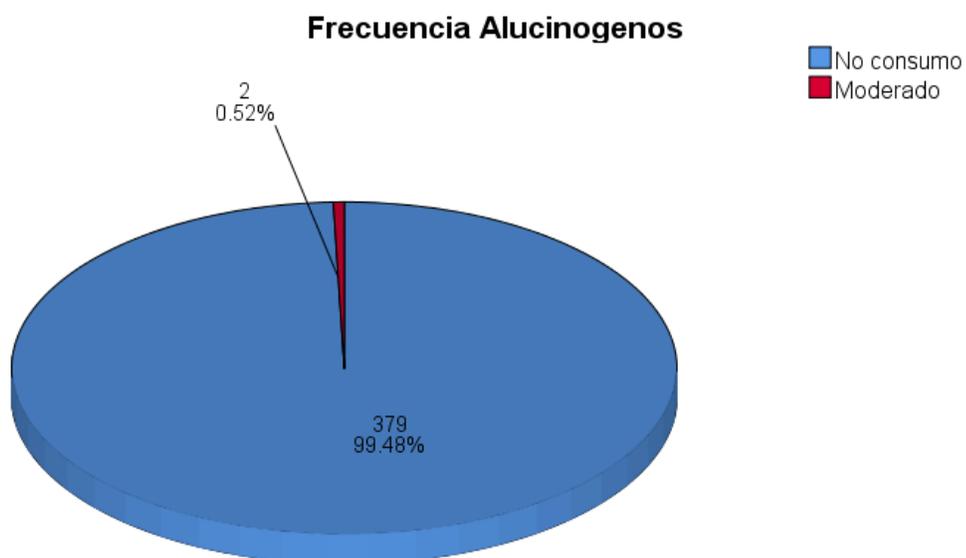
Gráfica 12. Consumo alucinógenos en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



Gráfica 13. Consumo sedantes en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



Gráfica 14. Consumo alucinógenos en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua



Gráfica 15. Consumo opiáceos en pacientes de la UMF No. 2, de Chihuahua

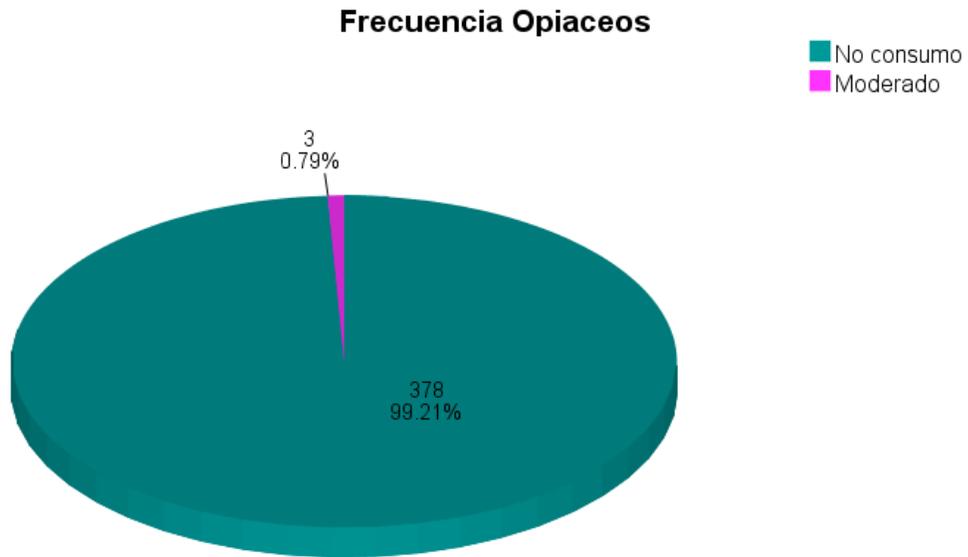


Tabla 2. Características pacientes UMF No. 2 Chihuahua.

Variable	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo	<i>p</i>
Edad	39	20	18	60	< 0.001

* Kolmogorov Smirnov

Gráfica 16. Edad pacientes UMF No. 2 Chihuahua.

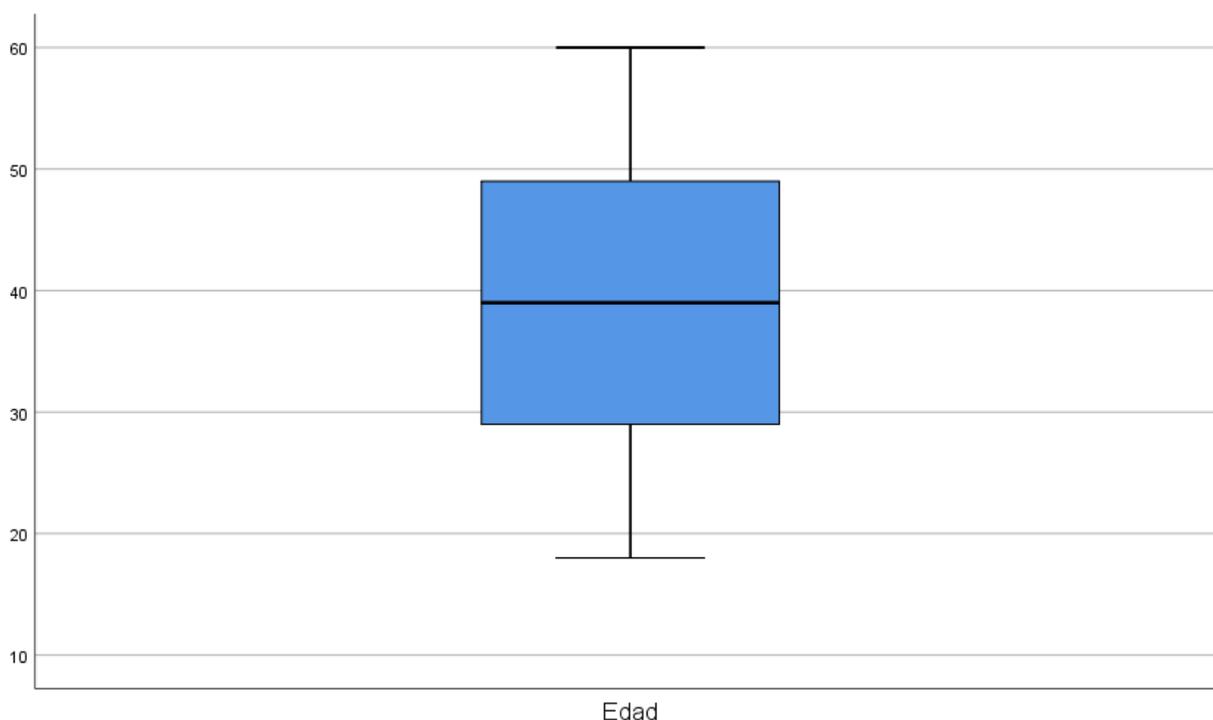


Tabla 3. Análisis factores de riesgo asociados a consumo de sustancias en la UMF No. 2 Chihuahua.

Característica	Consumo sustancias		RMP	IC 95%	p
	Si n, (%)	No n, (%)			
Sexo					
Masculino	149, (50.3)	18, (21.2)	3.77	2.14 – 6.66	< 0.001
Femenino	147, (49.7)	67, (78.8)	1		
Edad					
18 a 24 años	47, (15.9)	12, (14.1)	1.26	1.03 – 1.54	0.004
25 a 29 años	35, (11.8)	7, (8.2)	1.31	1.07 – 1.61	
30 a 39 años	78, (26.4)	13, (15.3)	1.35	1.13 – 1.61	
40 a 49 años	77, (26.0)	19, (22.4)	1.26	1.05 – 1.52	
50 a 60 años	59, (19.9)	34, (40.0)	1		

Escolaridad

Analfabeta	1, (0.3)	1, (1.2)	0.70	0.16 – 3.02	0.488
Primaria	38, (12.8)	16, (18.8)	0.99	0.60 – 1.62	
Secundaria	95, (32.1)	30, (35.3)	1.06	0.66 – 1.72	
Bachillerato	84, (28.4)	20, (23.5)	1.13	0.70 – 1.82	
Licenciatura	73, (24.7)	16, (18.8)	1.15	0.71 – 1.85	
Posgrado	5, (1.7)	2, (2.4)	1		

Ocupación

Hogar	41, (13.9)	20, (23.5)	0.84	0.59 – 1.20	0.038
Estudiante	8, (2.7)	5, (5.9)	0.77	0.45 – 1.31	
Empleado Informal	27, (9.1)	3, (3.5)	1.13	0.81 – 1.57	
Empleado Asalariado Trabajador por cuenta propia	202, (68.2)	48, (56.5)	1.01	0.74 – 1.39	
	6, (2.0)	4, (4.7)	0.75	0.41 – 1.36	
Comerciante	4, (1.4)	3, (3.5)	0.71	0.35 – 1.46	
Servicios Profesionales	8, (2.7)	2, (2.4)	1		

Estrato socioeconómico

Alta	1, (0.3)	0, (0.0)	1.24	1.15 – 1.33	
Media Alta	47, (15.9)	14, (16.5)	0.95	0.82 – 1.11	0.654
Medio	135, (45.6)	32, (37.6)	1		
Pobreza Relativa	109, (36.8)	37, (43.5)	0.92	0.82 – 1.04	
Pobreza Crítica	4, (1.4)	2, (2.4)	0.82	0.47 – 1.46	

Función Familiar

Buena	144, (48.6)	53, (62.4)	1		
Disfunción Leve	69, (23.3)	10, (11.8)	1.19	1.06 – 1.35	0.071
Disfunción Moderada	47, (15.9)	11, (12.9)	1.11	0.95 – 1.29	
Disfunción Severa	36, (12.2)	11, (12.9)	1.05	0.88 – 1.25	

Chi cuadrada

RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR

La Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.0) Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico. Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. (ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES)

1. Características sociodemográficas

Fecha: ____/____/____ Edad: _____ Género: 1. Hombre / 2. Mujer

¿Cuál es su estado civil?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre 	(_____)
¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado 	(_____)
¿De acuerdo a la respuesta anterior indique cuantos años curso del nivel máximo de estudios?		(_____)
¿Actualmente usted a que se dedica?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar 2. Estudiante 3. Empleado(a) informal 4. Empleado(a) asalariado 5. Trabajador por cuenta propia 6. Agricultor 7. Comerciante 8. Servicios profesionales 	(_____) Si la respuesta es 3,4,5,6,7 y 8 pase a la siguiente pregunta
¿En su trabajo actual cuánto gana?	Mensual \$ _____	

2. Encuesta ASSIST v3.0

Pregunta 1		
A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?	No	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros – especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: “¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?” Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista. Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2					
¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. otros- especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6. Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido

Pregunta 3					
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. otros- especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4					
En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a Problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 0 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. otros- especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5					
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 0 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. otros- especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (Es decir, Aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6			
¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No , Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. otros- especifique:	0	6	3

Pregunta 7			
¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. otros- especifique:	0	6	3

Pregunta 8			
	No Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

ASSIST V3.0 TAJETAS DE RESPUESTA para los pacientes

Tarjeta de respuesta- sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

Tarjeta de respuestas (ASSIST preguntas 2-5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.
Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.
Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.
Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.
Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca
Sí, pero no en los últimos 3 meses
Sí, en los últimos 3 mese

APGAR FAMILIAR. ADULTOS

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.B

FUNCIÓN FAMILIAR	PUNTAJE
ALTA SATISFACCIÓN: BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	18 – 20
MEDIANA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN LEVE	17 – 14
BAJA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN MODERADA	13 – 10
BAJA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN SEVERA	9 Ó MENOS

ESCALA GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANO

Variables	Puntaje	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estrato	Puntaje obtenido
I CLASE ALTA	4-6 PUNTOS
II CLASE MEDIA ALTA	7-9 PUNTOS
III CLASE MEDIA	10-12 PUNTOS
IV POBREZA RELATIVA	13-16 PUNTOS
V POBREZA CRITICA	17-20 PUNTOS

Carta de consentimiento informado



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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACION DE LA DE LA UMF 2 CHIHUAHUA

Nombre del estudio:	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACION DE LA DE LA UMF 2 CHIHUAHUA	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	UMF. 2 CHIHUAHUA.	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	La finalidad de este estudio es determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo en la población de la UMF2 de chihuahua, con el fin de encontrar áreas de oportunidad para la promoción a la salud.	
Procedimientos:	Se realizara un cuestionario de opción múltiple a pacientes de 18 a 60 años con adscripción a UMF2 Chihuahua. La muestra cuenta con 23 preguntas con duración de 15 a 18 min.	
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO MINIMO	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica	
Participación o retiro:	En el momento que el paciente lo requiere sin afectación de su atención medica	
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta. Se manejará sus datos personales de manera confidencial solo para fines estadísticos	
En caso de colección de material biológico (si aplica): no aplica		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica	
Beneficios al término del estudio:	Los resultados obtenidos en este estudio podrán dar informacion sobre el consumo de sustancias psicoactivas y así tener un punto de referencia para la formación de programas integrados.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	<p>Dra. Martha Elena Arzola Soto Residente de primer año Curso Especialización de Medicina Familiar Provincia de Palencia no. 2607 Haciendas de Santa Clara Chihuahua Chihuahua, Tel: 6142446482, e- mail: marzola.soto5@gmail.com</p> <p>D Dra. Laura Guadalupe Loeza Montero Médico Familiar, Directora de UMF 2 IMSS Chihuahua, Calle tercera y Montes de Oca S/N Col. Nombre de Dios, Tel. 6142342002, e-mail: laura.loeza@imss.gob.mx</p> <p>Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, Av. Universidad No. 115, Col. San Felipe Viejo Chihuahua Chihuahua, C.P. 31203, Tel. (614) 4133156, e-mail: martha.maldonadob@imss.gob.mx</p> <p>Dra. Nayeli Limón García, Médico Familiar, Profesora Titular Curso Especialización Medicina Familiar UMF33, Av. Ocampo y Arroyo De Los Perros S/N. Col. Palomar, Chihuahua Chihuahua, Tel:6141082476, e-mail: nayeli.limon@imss.gob.mx</p>	
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 4º 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: comiteeticainv.imss@gmail.com	

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	Martha Elena Arzola Soto
_____	_____
Nombre del testigo, dirección, relación y firma	Nombre del testigo, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
Clave: 2810-009-013