

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

“ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DEL CBTIS No. 50 DEL ÁREA DE ATENCIÓN DE LA UMF 64 DEL IMSS”.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. NUBIA ELITANIA MÉNDEZ TORRES

DIRECTOR DE TESIS

M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

REVISORES DE TESIS

E. EN M. F. RUBÉN RÍOS MORALES

E. EN M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

“ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR DEL CBTIS NO. 50 DEL AREA DE ATENCION DE LA UMF 64 DEL IMSS.”

AGRADECIMIENTOS

A Mi Padre Dios, por haber hecho posible la realización de este proyecto.... ser especialista en Medicina Familiar y ser mejor médico. Gracias Señor por darme esta maravillosa oportunidad, después de pasar largas noches pensando que no sería posible.....

A mi madre, Argelia Torres Cortés, por enseñarme con su ejemplo, a ser una mujer fuerte y que los objetivos, se cumplen o se cumplen.....

A mis abuelos, Cristina y Guadalupe, por haber sido los mejores padres sustitutos en los momentos más vulnerables de mi vida, mi niñez.....

A mi esposo, por siempre estar presente apoyando mis ideas locas.....

A mi hijo Maciel, por nacer..... Por su fortaleza y por ser una gran apoyo en la familia para la realización de este proyecto de vida.....

A mi hijo Josué, por nacer..... por enseñarme con su ejemplo que las metas que valen la pena, se logran con tenacidad y esfuerzo...

A mi hija Dana, por nacer..... Por ser esa lucecita que ilumina los días de mi vida con su alegría...

A mis suegros, Faustino y Cenorina, por apoyarme a fortalecer estas alas, para que pudieran volar...

Al resto de mi familia, mi hermano Alex, tías, tíos, primos, primas, por ser parte de mi historia, de mi esencia y estar siempre presentes aún en la distancia...

A mis profesores Dra. Albina, Dr. Luis Rey, Dra. Saucedo, Dra. Gaytán, Dr. Alejandro, Dra. López, Dra. Wakida, Dr., Medina, Dra. Dalia González, Dra. Flores, Dr. Yáñez, Dr. Jiménez, Dr. Espino, Dra. Blanco, Dra. Ojeda, Dra. Bautista, Dra. Álvarez, Dra. Arminda, Dra. Verónica, Dra. San Juan, Dr. César, Dra. Maderas, Dra. Aracely Pérez, Dr. Vicente, Dr. Beltrán, Dr. Ángeles, Dr. Fragoso, Dr. Chávez, Dr. Villalba, Dr. Hernández, Dra. Romero, Dra. Morales, Dr. Zacarías, Dr. Jiménez, Dr. Valerio, Dr. Cassani, Dr. García Rodríguez, Dr. Carreón, Dra. Rubio.....y a todos aquellos con quienes compartimos una experiencia de aprendizaje, por su paciencia, tolerancia, pero sobre por todo por el entusiasmo que contagian al atender a sus pacientes y compartir su conocimiento con los especialistas de Medicina Familiar.....

A mis amigos entrañables, que siempre estuvieron en contacto, al pendiente de mí y apoyándome con sus buenos deseos.....

A todos y cada uno de mis compañeros residentes: Luisa, Liz, Wendy, Edith, Michelle, Paco, Regina, Aimé, Javier, Fausto, Zita, Nashely, Martha, Sonia, Olivia Paola y de rotación de campo, por todas las cualidades que admiré y aprendí de ellos, por ser personas valiosas para mí, por todos los momentos compartidos, las guardias, los desvelos, las angustias, las vicisitudes y todas las experiencias buenas y malas que nos dejaron estos 3 años.....

Un agradecimiento especial para mi amigo y compañero Felipe porque no imaginamos que en estos momentos últimos de nuestra especialidad el estuviera físicamente ausente, aunque siempre vivirá en nuestra mente y nuestro recuerdo...con su eterna sonrisa...

A nuestra entrañable Lulú....por todo el apoyo y cariño recibido de su parte....

Al CBtis No. 50, a las licenciadas Isabel y Alejandra de control escolar, a los alumnos y maestros por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo de tesis en pro de la juventud mexicana.....

A las licenciadas del Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), Aída, Ameyally y Fabiola por su apoyo, compromiso y entrega en la intención de ayudar a la adolescencia de México....

Y a todos aquellos y aquellas que de alguna manera voluntaria o involuntariamente formaron parte de este proceso.....

Mi agradecimiento eterno.

“ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR DEL CBTIS NO. 50 DEL AREA DE ATENCION DE LA UMF 64 DEL IMSS.”

RESUMEN

El consumo de sustancias adictivas, es uno de los problemas de salud pública que más estragos causa en términos de salud, de desarrollo individual y social.

Siendo la familia considerada como núcleo de la sociedad, donde cada miembro desempeña roles diferentes que varían en el tiempo y que depende de la edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, las influencias producidas dentro de ella constituyen una red donde todos los integrantes inciden los unos sobre los otros.

La estructura familiar a través del tiempo se ha ido modificando y adaptando al entorno social en constante cambio. La familia implica una unidad, una integridad y no se le puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Se han realizado numerosos estudios en nuestro país relacionados con el tema, entre los más representativos se encuentran: factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas en estudiantes de primer semestre de bachillerato de Bermúdez y García (2006), Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites de Calvete y Estévez(2009), la relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes de Villatoro y Andrade (1997), tratando de vincular las alteraciones en la dinámica familiar con el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes, pero ninguno se refiere específicamente a la estructura familiar de manera global.

Objetivo: El presente estudio describe el nivel de riesgo de presentar patologías derivadas del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes de educación media superior, además de la estructura que predomina en la familia de cada uno de ellos.

Material y métodos: Se realizará test de autoaplicación de la prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas (ASSIST) de la OMS y la guía de entrevista para identificar la estructura de Montalvo y Soria en estudiantes de cuarto semestre de CBtis No. 50 ubicado en las inmediaciones de la UMF 64 del IMSS, con recursos propios de la unidad, y del tesista, dentro de las instalaciones del plantel en el período de Mayo a Junio de 2013. La única experiencia con manejo de grupos con que se cuenta es trabajo como docente frente a grupo en escuelas secundarias, parte del currículo vitae del tesista.

INDICE

I. MARCO TEÓRICO.

I.1.- Familia.....	8
I.2.- Estructura familiar.....	9
I.2.1.- Subsistemas.....	9
I.2.2.- Límites.....	10
I.2.3.- Jerarquía.....	11
I.2.4.- Alianzas y coaliciones.....	11
I.2.5.- Centralidad y Periferia.....	11
I.2.6.- Conflictos.....	11
I.2.7.- Sobreinvolucramiento.....	12
I.2.8.- Padre en función de hijo.....	12
I.3.- Adolescencia.....	12
I.3.1.- Estadísticas sobre adolescentes en México.....	14
I.4.- Sustancias Psicoactivas.....	15
I.4.1.-Panorama internacional sobre consumo de sustancias psicoactivas.....	16
I.4.2.- Panorama epidemiológico sobre el uso de sustancias Psicoactivas en México.....	18
I.4.3.- Estadísticas sobre el consumo de Tabaco en México.....	18
I.4.4.- Estadísticas sobre el consumo de Alcohol en México.....	19
I.4.5.- Problemas de salud derivados del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.....	19
I.5.- Factores de riesgo y factores de protección en los adolescentes relacionado al consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.....	20
I.5.1.- Factores de riesgo macrosociales.....	20
I.5.2.- Factores de riesgo microsociales.....	21
I.5.3.- Factores familiares de riesgo.....	21
I.5.4.- Factores de riesgo en el grupo de pares.....	22
I.5.5.- Factores individuales de riesgo.....	22
I.5.6.- Factores de protección.....	23
I.6.- PROMOCION A LA SALUD.....	23

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.....	25
II.2 Pregunta de Investigación.....	27

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica.....	28
III.2 Científica.....	28
III.3 Social.....	28
III.4 Económica.....	29

IV. HIPÓTESIS.	
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	31
IV.1.1 Unidades de observación.....	31
IV.1.2 Variables	
IV.1.2.1 Dependiente.....	31
IV.1.2.2 Independiente.....	31
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	31
V. OBJETIVOS	
V.1 General.....	32
V.2 Específicos.....	32
VI. MÉTODO	
VI.1 Tipo de estudio.....	36
VI.2 Diseño del estudio.....	36
VI.3 Operacionalización de variables.....	37
VI.4 Universo de Trabajo.....	45
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	45
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	45
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	45
VI.5 Instrumento de investigación.....	46
VI.5.1 Descripción.....	46
VI.5.2 Validación.....	47
VI.5.3 Aplicación.....	49
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	51
VI.7 Límite de espacio.....	53
VI.8 Límite de tiempo.....	53
VI.9 Diseño de análisis.....	53
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	53
VIII. ORGANIZACIÓN.....	56
IX. RESULTADOS.....	57
X. DISCUSIÓN.....	62
XI. CUADROS Y GRAFICOS.....	67
XII. CONCLUSIONES.....	107
XIII. RECOMENDACIONES.....	109
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	110
XV. ANEXOS.....	113

I.MARCO TEORICO

El consumo de sustancias adictivas, es uno de los problemas de salud pública que más estragos causa en términos de salud, de desarrollo individual y social.

Siendo la familia considerada como núcleo de la sociedad, donde cada miembro desempeña roles diferentes que varían en el tiempo y que depende de la edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, las influencias producidas dentro de ella constituyen una red donde todos los integrantes inciden los unos sobre los otros.

La estructura familiar a través del tiempo se ha ido modificando y adaptando al entorno social en constante cambio. La familia implica una unidad, una integridad y no se le puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Se han realizado numerosos estudios en nuestro país relacionados con el tema, entre los más representativos se encuentran: factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas en estudiantes de primer semestre de bachillerato de Bermúdez y García (2006)¹, Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites de Calvete y Estévez(2009)², la relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes de Villatoro y Andrade (1997)³, tratando de vincular las alteraciones en la dinámica familiar con el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes, pero ninguno se refiere específicamente a la estructura familiar de manera global.

I.1.-FAMILIA

I.1.1.- CONCEPTO:

“Grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes”, “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”⁴.

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie. Es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo.

La palabra "familia" proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre⁴.

La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende, "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre adopción y matrimonio"⁵.

Es de suma importancia del contexto familiar, dentro del cual el individuo adquiere sus primeras experiencias sociales a partir de su interacción con los demás miembros de este sistema como la escuela, la iglesia, las amistades, etc.). La familia proporciona al individuo valores y normas necesarias para poder relacionarse con los demás; moldea en gran medida su comportamiento y por ello no se puede dejar de lado el análisis de este contexto.

La familia es uno de los elementos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo ⁶.

I.2. ESTRUCTURA FAMILIAR

Se entiende como Estructura Familiar a "el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" ⁶

De acuerdo con esto, considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las cuales, al repetirse, establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema, definiendo toda una gama de conductas y facilitando una interacción recíproca entre sus integrantes. Cabe mencionar que en este modelo se considera que la familia está formada por subsistemas, que permiten su funcionamiento. Dichos subsistemas pueden formarse con base en distintos elementos; por ejemplo, se pueden crear por generaciones, sexo, intereses o funciones.

I.2.1.- Subsistemas

Minuchin⁶ los clasifica de la siguiente manera:

Subsistema individual: Incluye el concepto de sí mismo dentro de su contexto; contiene así, los determinantes personales e históricos del individuo.

Subsistema conyugal: Está formado por dos adultos de diferente sexo, quienes aportan para la relación de pareja, valores y expectativas que servirán de base para la educación de los hijos.

Subsistema parental: Se forma por la pareja en relación con los hijos, desempeñándose la tarea de socialización de éstos.

Subsistema fraterno: Hace referencia a la relación que se da entre hermanos, de manera que las pautas aprendidas en este subsistema se generalizan a otros sistemas (escuela, trabajo, círculo de amigos, etc.), tanto en la infancia como en la edad adulta.

Minuchin destaca algunas formas de interacción en el sistema familiar que conforman su estructura: límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, centralidad, periferia e hijos parentales.

Este autor considera que para que cada uno de los subsistemas exista y lleve a cabo de manera satisfactoria sus funciones, es necesario que estén protegidos por barreras invisibles llamadas límites.

I.2.2.- Límites:

Conjunto de reglas o normas que designan quiénes participan y de qué manera lo hacen en un sub-sistema determinado; es decir, definen los roles que tendrá cada uno de los miembros en relación con los otros. También sirven para proteger la diferenciación del sistema y subsistemas familiares ⁶.

Existen tres tipos de límites:

Claros: Son aquellos que pueden definirse con precisión permitiendo a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias, así como el contacto con otros sistemas.

Difusos: Los límites difusos hacen referencia a que los miembros de la familia no saben con precisión quién debe participar, cómo y en qué momento; hay una falta de autonomía entre los miembros del sistema: se aglutinan, manifestando excesiva "lealtad" entre ellos, y hay invasión de subsistemas.

Rígidos: son las reglas que caracterizan a los subsistemas como desligados, cuando los miembros de la familia son demasiado independientes sin mostrar lealtad ni pertenencia.

Para Minuchin, la presencia de límites difusos o rígidos indica la posibilidad de presencia de problemas psicológicos en algún o algunos de los miembros del sistema.

Los límites también se establecen hacia el interior y el exterior del sistema.

Los límites internos se identifican por las reglas que imperan entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los **límites externos** se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el ambiente externo a ella, como por ejemplo otras familias y grupos sociales.

I.2.3.- Jerarquía

El concepto de **jerarquía** consiste en la autoridad o poder que se le reconoce a una persona dentro de la familia, lo cual permite el cumplimiento de roles y funciones.

I.2.4.- Alianzas y coaliciones

Las alianzas son la unión de dos o más miembros de la familia con el fin de apoyarse sin estar en contra de alguien.

Las coaliciones significan el apoyo que se establece entre dos o más miembros de la familia para estar en contra de otro.

I.2.5.- Centralidad y Periferia

También en la estructura familiar pueden observarse relaciones que hacen referencia a la **centralidad**; el miembro central es aquel en el cual gira la mayoría de las interacciones familiares, puede ser por el reconocimiento de aspectos positivos de la persona central, o por características negativas.

El miembro periférico es quien que interactúa lo menos posible con los demás del sistema familiar.

Se habla de que hay un **hijo parental** cuando en el sistema familiar a éste se le asigna el rol de alguno de los progenitores.

Para Minuchin la familia habrá de presentar límites claros, tanto al interior como al exterior del sistema, así como la mayor jerarquía compartida por los padres; alianzas y centralidad positiva alternadas entre todos los miembros del sistema. No debe haber coaliciones, centralidades negativas, miembros periféricos e hijos parentales; de lo contrario se posibilita la disfuncionalidad de la estructura familiar y la aparición de un síntoma en alguno o algunos de los miembros de la familia.⁶

De esta manera se considera que una familia requiere de una estructura para que pueda desempeñar sus tareas y posibilitar la individualidad de cada uno de sus miembros, así como inculcar en ellos un sentido de pertenencia. La familia, entendida como un sistema, no permanece estática, requiere de continuos cambios y procesos de acomodación, según las circunstancias que la rodean; en ocasiones mantendrá algunas pautas de interacción y en otras las rechazará.

I.2.6.- Conflictos

Cuando una familia se encuentra a la deriva y sin dirección clara decimos que existe un conflicto.

Una situación de tensión hace presión en la familia y se requieren ciertos cambios dinámicos que la estabilicen, los roles, los valores y los objetivos se pierden y se hacen confusos a medida que el conflicto siga permaneciendo en el sistema⁷.

Los problemas, crisis y conflictos hacen necesario un cambio que a su vez llevará a redefinir un nuevo sistema de relaciones.

I.2.7- Sobreinvolucramiento

También conocida como alianza simbiótica, donde los miembros de la familia se encuentran fusionados emocional y funcionalmente y es aún más disfuncional cuando los participantes pertenecen a diferentes jerarquías o generaciones⁷.

I.2.8.- Padre en función de hijo

Uno de los padres no asume su rol como tal y se comporta como un miembro más del subsistema de los hijos⁷.

I.3.- ADOLESCENCIA

Etapas que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años, definición según la OMS ⁸. La misma ofrece otra clasificación: Considera población juvenil a las personas entre los 10 y los 24 años de edad, este periodo es dividido a su vez en tres categorías: de 10 a 14 años se cataloga a los individuos como preadolescentes, de los 15 a los 19 años adolescentes jóvenes y de 10 a 24 años población juvenil ⁹.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente⁹.

Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas autodestructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de sustancia psicoactiva¹⁰.

Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de padres, inicia desde la misma planeación de estructurar una familia. El proporcionar el afecto y los cuidados necesarios en cada una de las etapas de su desarrollo son parte fundamental en la formación de su personalidad, esto llevará al adolescente, que en cualquier escenario, la toma de decisiones es la correcta y que es congruente con su integridad.

La salud de los adolescentes (de 10 a 19 años) y de los jóvenes (de 15 a 24 años) es un factor clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas ni en los programas del sector salud, excepto cuando la conducta de los jóvenes es inadecuada¹¹.

Uno de los factores que contribuyen a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representan una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud, adquiridos durante la adolescencia, no se traducen en morbilidad ni en mortalidad durante el período de la adolescencia misma. ¹²

Tradicionalmente, los programas de salud con población juvenil en Latinoamérica han centrado sus esfuerzos en jóvenes que ya demuestran comportamientos perjudiciales para la salud; por ejemplo: deserción escolar, violencia juvenil, abuso de drogas ilícitas o delincuencia. Los programas que tratan esos problemas intentan, generalmente, modificar comportamientos para reducir el impacto de sus consecuencias. La mayoría de estas intervenciones se centran en la prevención secundaria y terciaria, y no en un enfoque de promoción de salud y fomento de conductas positivas.

Esta población cuenta con características específicas que la definen. La adolescencia empieza con la pubertad que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad; este proceso implica cambios importantes interrelacionados en todos los ámbitos del desarrollo. Es así como en la pre-

adolescencia se inician cambios tanto fisiológicos como cognitivos; se desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto y el uso del razonamiento científico. Los preadolescentes, sienten la necesidad de hallar identidad propia, de tal manera que se alejan un poco del núcleo familiar y buscan identidades de grupo externos al familiar, lo que implica el inicio en actividades y formas de interrelación social novedosas.¹³

La familia y la escuela son ámbitos de pertenencia afectiva fundamentales para los adolescentes, las cuales tienden a buscar su bienestar procurando que se desarrollen en un ambiente favorable para su salud física, mental y social. Desafortunadamente, los datos reportados en estudios especializados reflejan una realidad que coloca a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad, ya que por diversas circunstancias están cada vez más expuestos al contacto con las drogas.¹⁴

Así, desde la perspectiva sistémica, durante la adolescencia se puede presentar algún síntoma como consecuencia de la disfuncionalidad del sistema familiar, en donde cada miembro de la familia juega un papel.

I.3.1.-ESTADÍSTICAS RELEVANTES SOBRE ADOLESCENTES EN MÉXICO.

Durante la juventud, el individuo se incorpora al mercado laboral, inicia su vida en pareja y forma su propia familia, entre otros aspectos que son propios del curso de vida y que en términos de política pública resultan ser todo un reto, ya que todos los jóvenes tienen el derecho a tener las oportunidades que garanticen su pleno desarrollo y mejoren su calidad de vida.

En 2012 residen en nuestro país 31 millones de jóvenes de 15 a 29 años (26.5% de la población total) ¹⁵

que buscan la oportunidad de hacer efectivas sus expectativas de vida; generar dichas oportunidades no sólo trae beneficios individuales, sino también trae consigo retribuciones sociales de gran trascendencia para el desarrollo del país; así lo señala la ONU cuando argumenta que “los jóvenes son un factor determinante en el cambio social, el desarrollo económico y el progreso técnico de las sociedades en las que viven”.¹⁶

Si su contribución no se acompaña con una política pública que potencialice sus capacidades, entonces “los jóvenes están a menudo desprovistos de las herramientas necesarias para lograr una participación relevante en las decisiones que afectan sus vidas”.¹⁷

México ocupa el primer lugar a nivel internacional en sobrepeso y obesidad con una prevalencia de 5.7 millones de adolescentes afectados.

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es: 26% para ambos sexos, 26.8 en mujeres y 25.9 en hombres.

El 10% de los adolescentes probaron por primera vez el alcohol en su infancia temprana y sólo el 7% lo realizaron después de los 15 años edad de inicio de rango entre 13 y 15 años de edad.¹⁸

Cabe mencionar que la edad de la población de los alumnos que ingresan al bachillerato es de 14 a 16 años de edad en promedio y que muchos de estos adolescentes carecen de habilidades sociales como para rechazar una invitación a consumir alcohol¹⁹.

3.5 millones de mexicanos entre 12 y 65 años, han consumido drogas alguna vez en su vida.

12.7 % de estudiantes de primaria participan en actos de violencia y el 8.3 % de secundaria.

17 % de la población en primaria y secundaria , han recibido amenazas de parte de sus compañeros

79 de cada 1,000 adolescentes y niñas de 12 a 19 años presentan embarazos no planificados.

Cada año se registran mas de 400 mil embarazos en mujeres jóvenes.

El 57 % de adolescentes con edad de 12 a 19 años no usan ningún método de protección durante su primera relación sexual.

Las limitaciones en el desarrollo de las habilidades sociales, genera varios riesgos como son: el abandono escolar, bajo rendimiento académico y otras dificultades escolares.

I.4.- SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), establece que una droga es toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas o psíquicas; por ejemplo: su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta y/o sus funciones motoras. El nivel de modificación o alteración de las funciones orgánicas por el influjo de una droga depende en gran medida de la frecuencia e intensidad (cantidad) de su consumo (experimental, ocasional, habitual o compulsivo).²⁰

Además de las diferencias en la forma de consumirse y los tipos de dependencia que generan, las drogas han sido catalogadas para su estudio de acuerdo con los efectos que producen, su origen (natural o sintético) o su carácter legal (si son sustancias lícitas o ilícitas). Esta última clasificación tiene implicaciones importantes en el fenómeno del consumo ya que el carácter legal de algunas drogas como el tabaco y el alcohol fomenta la tolerancia social y disminuye la percepción de los riesgos para la salud, mientras que el estatus de ilegalidad de otras drogas como la marihuana, la cocaína o las metanfetaminas, genera una mayor alerta en la sociedad. Sin embargo cualquiera que sea el tipo de droga, el consumidor corre un alto riesgo de daño a su salud física, emocional y social debido a una adicción. ²¹

A nivel internacional se han establecido criterios establecidos que permiten determinar cuando ya existe una adicción en la persona en función de:

La cantidad (cuanto consume), la frecuencia (cada cuando consume) y las consecuencias de consumo. Con base a estos criterios la Norma Oficial mexicana para la prevención, el tratamiento y control de las adicciones (NOM - 028-SSA2-2009) define al tabaquismo como dependencia o adicción al tabaco, al alcoholismo como el síndrome de sumisión o adicción al alcohol étílico y la farmacodependencia como dependencia a una o mas sustancias psicoactivas. De acuerdo con el tipo de sustancia y los patrones y problemas asociados al consumo, los criterios diagnósticos de dependencia o adicción, establecen que tres o más de los siguientes signos y síntomas estarán presentes en el individuo durante un mes o en forma repetitiva:

- 1.-Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- 2.-Tendencia a incrementar la dosis.
- 3.-Dependencia con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- 4.-Efectos nocivos para el individuo y la sociedad. ²²

La dependencia.

El efecto adictivo de las drogas consiste en que, quienes las usan, se sienten impulsados a repetir su consumo por los efectos placenteros que generan, ignorando los problemas de salud que les ocasionan, entre los que se incluye la dependencia (física o psicológica).²³

Dependencia física: El organismo requiere la sustancia para funcionar.

Dependencia psicológica: Se relaciona el consumo con un estado emocional.

Tolerancia: Necesidad de consumir mas para mantener la sensación obtenida por la droga.

El consumo de sustancias por lo general comienza durante la adolescencia y este período se puede considerar como una etapa importante en cuanto al consumo de sustancias por este grupo de población, y como el momento adecuado para iniciar las pruebas de detección en usuarios jóvenes. La edad exacta apropiada para iniciar las pruebas de detección para el consumo de sustancias varía según la prevalencia local y los hábitos de consumo. Es importante conocer la edad legal de consentimiento en su jurisdicción y las disposiciones legales relacionadas con la prueba de detección y la intervención en los adolescentes menores de edad.²⁴

I.4.1.-PANORAMA INTERNACIONAL SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

A nivel internacional, se cuenta con diversas fuentes de información sobre el consumo de drogas. Dentro de las más relevantes se encuentran los observatorios continentales, donde América cuenta con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD 2008), y cada año se presenta el Reporte Anual de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). ²⁵

El informe anual de la ONUDD, cuenta con información acerca del consumo y tráfico de drogas a nivel mundial. Este reporte se encuentra dividido en regiones y es la región de América del Norte donde se sitúa México, junto con Canadá y Estados Unidos.

El reporte indica que esta región sigue siendo el mayor mercado mundial de drogas, a pesar de que ha disminuido en términos económicos, en comparación con una o dos décadas anteriores. En ella, se ha desarrollado un modelo de consumo diversificado en el que no surge un solo tipo de droga dominante. La marihuana, los opiáceos y la cocaína son igualmente representados y constituyen partes similares en la demanda total de atención por consumo de drogas. En América del Norte, el uso de opiáceos sin prescripción médica se ha convertido en un problema cada vez más fuerte y el consumo de anfetaminas y éxtasis esta casi a la par. Cerca del 37% de los consumidores de cocaína en todo el mundo se encuentran en esta región, con una prevalencia del 1.9% entre la población de 15 a 64 años, que es la más alta y está muy por encima del promedio global (0.4%). En cuanto a las anfetaminas cerca de 1.1% de la población las utiliza y una proporción similar utiliza el éxtasis. Estos porcentajes se sitúan en ambos casos por encima del promedio mundial. Aunque se habla de América del Norte, el principal consumo se ubica en Estados Unidos (UNODC, 2011). Por otro lado, al analizar los datos de consumo anual relativos a otros países de la Comunidad Europea², Estos indican claramente que México se encuentra entre los países de menor consumo. ²⁶

En el caso de la marihuana, República Checa tiene la mayor prevalencia (15.2%) y México (1%) sólo está por arriba de Moldova (0.9%) formando parte de los países con menores prevalencias.

El mayor consumo de cocaína lo tiene Escocia (3.9%); México (0.4%) sólo está por arriba de Lituania (0.2%).

En cuanto al consumo de anfetaminas, México mantiene el penúltimo lugar con un consumo del 0.2%, similar al de Portugal, mientras que República Checa tiene el mayor consumo con una prevalencia anual del 1.7%.

Finalmente, en el consumo de éxtasis, República Checa tiene también el mayor consumo (3.6%) y México estaría en el último lugar con una prevalencia menor al 0.1%.

Con relación a los países de América, el contexto es similar, México se mantiene en un consumo promedio o por debajo del promedio de la mayoría de los países del continente.

Así, en cuanto a la marihuana, Estados Unidos tiene el mayor consumo anual (13.7%) y en México este es de 1%, únicamente mayor que Ecuador (0.7%) y República Dominicana (0.3%). En cocaína, el mayor consumo lo tiene Argentina (2.6%) y en México el consumo es de 0.4%, situándolo en el onceavo lugar de los 15 países analizados.

En cuanto a las anfetaminas, México ocupa el último lugar (0.2%) donde el mayor consumo se presenta en El Salvador (3.3%) y en Estados Unidos (1.5%).

Finalmente, México ocupa el último lugar en cuanto al consumo de éxtasis (0.1%), donde la mayor prevalencia se da en los Estados Unidos (1.4%) En el contexto nacional, de manera especial los resultados de los Centros de Tratamiento, muestran que el consumo, la dependencia y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el

alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país. Adicionalmente, los datos muestran que hay variaciones regionales importantes que deben tomarse en cuenta en la planeación de acciones y de políticas públicas en la materia.

I.4.2.- PANORAMA EPIDEMIOLOGICO SOBRE EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVASEN MEXICO.

1. Encuestas de Hogares

Diversas encuestas en hogares se han realizado en nuestro país en relación al uso de sustancias. Algunas de ellas con representatividad nacional como lo son la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Secretaría de Salud, 1990, 1994, 1998, 2003, 2009) y la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS). También se han llevado a cabo encuestas en distintas ciudades de la República como Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Yucatán, en el año 2005 (Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez & Medina-Mora, 2009).²⁶

La ENA, llevada a cabo de manera periódica, tiene la finalidad de medir la evolución del consumo de sustancias y otras problemáticas de salud mental. La última encuesta realizada en 2008, muestra un incremento en el consumo alguna vez de drogas ilegales y médicas en la población, en comparación con 2002, donde los hombres son los que reportan mayores consumos. La marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios. En tanto, en la cocaína se observó un incremento del 1.4%, en 2002, a 2.4% en el 2008.

Otro incremento reportado fue la dependencia a drogas, que pasó del 0.4% al 0.6% para el 2008, representando a casi 450 mil personas entre los 12 y 65 años.

En las demás drogas, las prevalencias se mantienen bajas y son menores al 1%.

En cuanto a la distribución regional, el norte del país mantiene las prevalencias más altas, especialmente Tamaulipas, y en el centro del país el Estado de Hidalgo; no obstante, el mayor incremento proporcional se reflejó en la región sur, especialmente por los índices encontrados en Quintana Roo.

En cuanto al alcohol, el abuso/dependencia incrementó del 4.1% en el 2002 a 5.5% para el 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres).²⁶

En relación al tabaco, la encuesta de 2008 muestra una tendencia a la disminución. En 2002, el 23.5% de la población refirió ser fumador actual y en 2008 se redujo a 18.5%. Estos resultados son consistentes con la encuesta GATS (2009), la cual reporta que el 15.9% de la población mayor de 15 años es fumadora actual (Organización Panamericana de la Salud & Instituto Nacional de Salud Pública, 2010).²⁷

I.4.3.- ESTADÍSTICAS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN MEXICO.

La encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes²⁸, es uno de los estudios más consistentes realizados con población escolar. Describe la tendencia del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, antes de comparar resultados con otras poblaciones.

La Encuesta nacional de adicciones 2011 reportó los siguientes datos:

- Veintisiete millones de personas de 12 a 65 años de edad, han fumado alguna vez en la vida, sobre todo por curiosidad (60%) y por la convivencia con fumadores (28%), a una edad promedio de 17 años.
- El 17.2% (cerca de 13 millones) había fumado más de 100 cigarrillos en su vida al momento de la encuesta. El 18.5% (14 millones) son fumadores activos, 17.1% (13 millones) ex fumadores y 64.4% (48 millones) no fumadores.
- Experimentaron con otras drogas: el 17% de quienes fumaron antes de los 18 años, 6.9% entre los 18 y 25 años y 1.4% después de los 26 años²⁸.

I.4.4.- ESTADÍSTICAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO.

El consumo de alcohol entre los jóvenes (15 a 29 años) es un problema de salud pública y aun cuando existen restricciones de venta y consumo para la población menor de 18 años, en 2012, la edad promedio en México en la que los jóvenes reportan haber tomado su primera bebida alcohólica es a los 16 años, siendo mínima la diferencia de edad entre hombres y mujeres (15.7 y 16.5 años, respectivamente). En ese mismo año, la prevalencia más alta de consumo actual de alcohol entre los jóvenes se ubica en aquellos de 25 a 29 años (64.6 de cada 100); y por sexo, en los varones de 25 a 29 años (79 de cada 100 hombres de ese grupo de edad), tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia aumenta con la edad.²⁹

- Ocho de cada mil mexicanos consumen bebidas alcohólicas a diario; 7.5 hombres por cada mujer.
- Casi 4 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (uso consuetudinario); 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, esta manera de beber está aumentando considerablemente en las mujeres menores de 18 años.
- Las bebidas de preferencia son la cerveza y los destilados. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de 18 a 29 años de edad muestra los niveles más altos de consumo; en el 2002 este lugar lo ocupaba el grupo de 40 a 49 años.
- Más de cuatro millones cubren criterios de abuso/dependencia (tres y medio son hombres y más de medio millón mujeres), aumentando un millón con respecto al 2002.
- El consumo alto de alcohol se ubica principalmente en: Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Puebla y Querétaro; Campeche, Quintana Roo; Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas.

I.4.5.- PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadores embarazadas
- Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel

- Enfermedades renales
- Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
- Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
- Cánceres
- Problemas con la atención y motivación
- Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
- Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas
- Aumento de la presión arterial
- Asma, bronquitis
- Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
- Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
- Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
- Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas.
- Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
- Dificultad para recordar y solucionar problemas
- Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras
- Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
- Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
- Suicidio
- Complicaciones de enfermedades crónicas, IAM, EVC, Enfisema pulmonar, bronquitis crónica, amputaciones, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico.

I.5.- FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCION EN LOS ADOLESCENTES RELACIONADO AL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas se clasifican según en: **Individuales** y **sociales** (microsociales y macrosociales). Los microsociales se dividen a su vez en Familiares y del grupo de pares.³⁰

I.5.1.- FACTORES DE RIESGO MACROSOCIALES:

- Actitud social tolerante hacia el uso de drogas.
- Normalización del consumo y baja percepción de riesgo.
- Publicidad de alcohol y de tabaco.
- Acceso a lugares públicos donde se ofrecen o consumen tabaco, alcohol y otras drogas.
- Sistema de valores débil o distorsionado.
- Falsa asociación del consumo de drogas con aspectos como el éxito ,dinero y poder.
- Información escasa o distorsionada sobre drogas.
- Servicios de salud, educativos y recreativos insuficientes.
- Problemas sociales: migración, violencia social, delincuencia y pobreza, entre otros.

I.5.2.- FACTORES DE RIESGO MICROSOCIALES

Los factores micro-sociales, relacionados con el entorno social más próximo al individuo, ejercen una influencia directa sobre el sujeto pero son más susceptibles de intervención. Se trata principalmente de factores propios del ámbito familiar, escolar, laboral, del grupo de pares y comunitario. Se relacionan con la forma en que las personas interactúan con los demás, fuera de la familia. La escuela constituye un espacio de convivencia altamente significativo, en el que se tienen las primeras interacciones con los pares y el contacto con las primeras figuras de autoridad distintas a las familiares. La escuela también es el lugar donde se tiene la oportunidad de conseguir los primeros logros socialmente reconocidos.

Otros factores sociales de riesgo asociados al inicio, mantenimiento o incremento del consumo de drogas son:

- No asistir a la escuela.
- Trabajar desde edades tempranas.
- Deficiencia o fracaso en el desempeño escolar.
- Aptitudes sociales insuficientes.
- Asociación con compañeros que muestran comportamiento antisocial o uso de drogas.
- Percepciones de aprobación del uso de drogas en la escuela, entre compañeros y en ámbitos comunitarios.
- Relaciones de dominación, discriminación o exclusión.
- Intención de formar individuos manipulables o dependientes.
- Relaciones conflictivas entre el equipo docente.
- Convivencia con personas que hacen uso indebido de drogas.
- Sociedad con valores que alientan el uso indebido de sustancias.
- Publicidad y actitudes sociales que toleran el uso de drogas.
- Escasas o inexistentes oportunidades de educación.
- Gozar de tiempo libre excesivo y no organizado.
- Poca participación en actividades constructivas, imaginativas o que constituyan un desafío.
- Limitadas oportunidades laborales.
- Escaso acceso a servicios de salud.
- Amplia disponibilidad o escaso control sobre la oferta y demanda de drogas lícitas e ilícitas.

I.5.3.- FACTORES FAMILIARES DE RIESGO

La presencia de factores familiares de riesgo constituye una fuerte influencia para que niños y jóvenes inicien el consumo. Por tanto, la actitud permisiva o tolerante de los padres u otros familiares hacia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, o bien, la disponibilidad de estas sustancias en el hogar, resultan elementos predictores del uso de drogas en adolescentes.³¹

Los factores familiares de riesgo más importantes, de acuerdo con los organismos internacionales y nacionales basado en diversas investigaciones científicas son:

- Familias disfuncionales.

- Ineficacia de los padres para comunicarse.
- Escasez de lazos afectivos.
- Incapacidad de los padres para cuidar emocional y físicamente a sus hijos.
- No tener familia o vivir en la calle.
- Consumo de alcohol y otras drogas por parte de padres o hermanos mayores.
- Ser víctima de abuso psicológico, físico o sexual.
- Falta de supervisión de padres a hijos.
- Familiares consumidores de drogas.
- Familias con mayores ingresos.
- Permisividad de los padres y escaso involucramiento con sus hijos
- Comunicación negativa, reglas inconsistentes, límites difusos, expectativas poco realistas sobre los hijos.
- Vínculos familiares débiles, situaciones de inestabilidad, conflictos familiares, abandonos, caos.
- Baja escolaridad de los padres.

I.5.4.- FACTORES DE RIESGO EN EL GRUPO DE PARES

- Convivir con amigos que usan drogas o que saben dónde conseguirlas.
- Ser presionado por el grupo de compañeros para probar sustancias.
- El uso inadecuado del tiempo libre.
- La deserción de actividades escolares y la realización de actividades que no concuerden con su nivel de desarrollo psicosocial.

I.5.5.- FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO

- Escaso control de impulsos
- Escasa tolerancia a la frustración
- Manejo inapropiado del estrés
- Ser joven
- Escasez de aptitudes personales
- Incapacidad para tomar decisiones
- Dificultad para expresar lo que se siente
- Falta de habilidades para resolver problemas
- Conducta agresiva precoz
- Curiosidad
- Convivencia con consumidores
- Tener baja percepción de riesgo ante el consumo de drogas
- Conductas antisociales
- Déficit en las habilidades para establecer relaciones y para expresar opiniones o sentimientos
- Resistencia a la autoridad
- Pobre concepto de la imagen corporal y autovaloración
- Problemas o incapacidad para el autocontrol. Impulsividad y dificultad para retrasar la gratificación
- Necesidad de experimentar situaciones novedosas, deseo de estimulación y riesgo (principalmente en los adolescentes)

- Presencia de valores poco convencionales
- Depresión, ansiedad e ideación suicida

I.5.6.- FACTORES DE PROTECCION

Estos factores son dinámicos y su influencia también varía a lo largo del proceso de desarrollo. Los principales factores de protección son:

- Éxito en el desempeño escolar.
- Fuertes lazos con instituciones sociales (familia, escuela y organizaciones religiosas).
- Adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas.
- Establecimiento de relaciones de equidad.
- Comunicación abierta y multidireccional.
- Promoción de un clima social empático.
- Relaciones personales armónicas (familia, amigos, animales y objetos que alientan la necesidad de cuidar, compartir y establecer vínculos).
 - Responsabilizarse de uno mismo.
 - Recursos adecuados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la persona.

Los estilos de parentalidad positiva y el desarrollo de habilidades sociales en los niños son factores que protegen de forma importante ante el consumo de drogas aun cuando haya exposición a la oportunidad de su consumo.

I.6.-PROMOCION A LA SALUD

Desde una perspectiva amplia, la promoción de la salud se entiende como el fomento de hábitos que protegen y mejoran la salud; mientras que la prevención, por su parte, se refiere a la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción en general ³². La prevención y la promoción son diferentes respecto a su objeto de intervención. La promoción dirige su acción hacia los determinantes de la salud y a la creación y fortalecimiento de factores de protección; mientras que la prevención actúa sobre los factores de riesgo y las enfermedades como tal. La promoción está dirigida a la población en general, mientras que la prevención encamina su accionar a individuos o grupos específicos de personas con riesgo de enfermar o con manifestaciones de algún tipo de enfermedad.

Hay evidencia de diversos estudios longitudinales que demuestran que la falta de supervisión de los padres y actitudes como el rechazo y la hostilidad en la crianza de los hijos, se asocia con conducta antisocial y delincuencia en jóvenes. Las relaciones calidad entre padres e hijos caracterizadas por la empatía y la ausencia de críticas severas, se constituyen como factores de protección ante la adquisición y ejecución de comportamientos violentos y antisociales en niños y jóvenes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la educación, junto con las normas legales y sociales, son la base de la prevención del consumo de drogas, por lo que el contexto escolar cobra gran relevancia y se convierte en uno de los escenarios idóneos para implementar proyectos preventivos dirigidos a un mayor número de niños y jóvenes. El sector educativo reúne la mayor cantidad de la población que, por su edad, se considera en situación de vulnerabilidad ante el riesgo de consumo de drogas, por ello muchas instituciones y organismos públicos y privados, relacionados con la salud, concentren sus esfuerzos en este contexto

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, define la prevención como “(...) el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales”. Su objetivo es promover habilidades sociales y estilos de vida saludables. Sus acciones tienen la intención de evitar o posponer el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas mediante la difusión de mensajes con información sobre las sustancias psicoactivas y sus repercusiones, sensibilizando acerca del problema e incrementando la percepción de riesgo.³³

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) se propone la modificación en los estilos de vida y a la estrategia de educación para la salud asociada, como una de las áreas claves de la promoción de la salud. Así mismo se mencionan otras áreas como la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos físicos y ambientales favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, la reorientación de los servicios de salud, la comunicación, la participación ciudadana y la concertación.

La existencia de una buena comunicación familiar se ha identificado como un factor de protección de la salud en general. Los padres representan un sistema de apoyo en la vida de los escolares y en la medida en que los programas de educación para la salud fortalezcan las habilidades de los padres, es posible potenciar el aprendizaje y desarrollo de los niños y jóvenes.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 ARGUMENTACION

De acuerdo a nuestra formación de Médicos, aún sabiendo que los seres humanos deben ser vistos de manera integral de acuerdo a las esferas Biológica, psicológica y social, en la gran mayoría de las ocasiones, sólo nos enfocamos al aspecto Biologicista de la Medicina.

La preocupación por una generación de jóvenes con límites difusos, ausencia de jerarquía, baja escolaridad, ausencia de actividades escolares o laborales, carentes de un proyecto de vida, con factores de riesgo para comorbilidades como embarazo a temprana edad, sexualidad mal enfocada, conductas emocionales socialmente poco aceptables, y riesgo de adicciones, probablemente como respuesta a ausencia de supervisión y guía por parte de los padres de familia, estimula la realización de este trabajo de tesis.

Las estadísticas a nivel mundial y a nivel país nos muestran cifras alarmantes sobre las comorbilidades presentes en la adolescencia, además de las alteraciones sociales generadas en esta etapa del desarrollo lo cual produce gran incertidumbre para el futuro de las poblaciones.

Siendo la familia considerada como núcleo de la sociedad, donde cada miembro desempeña roles diferentes que varían en el tiempo y que depende de la edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, las influencias producidas dentro de ella constituyen una red donde todos los integrantes inciden los unos sobre los otros.

La estructura familiar a través del tiempo se ha ido modificando y adaptando al entorno social en constante cambio. La familia implica una unidad, una integridad y no se le puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

El lazo entre los miembros de una familia es tan estrecho que cualquier cambio de uno de sus integrantes influye en los otros y en consecuencia en toda la familia.

Así los problemas que se suscitan en ella no pueden ser analizados de una manera parcial, porque los síntomas que manifiestan alguno o algunos de sus miembros traduce su disfuncionalidad.

“ Pedirle a un médico familiar que no hable de funcionalidad familiar es como pedirle a un ginecólogo que se abstenga de realizar tactos vaginales. Ambos son instrumentos de diagnóstico para cada especialista según sea el caso”.

En la idiosincrasia de nuestra sociedad se observa poca cognición y/o falta de concientización sobre cómo el equilibrio emocional familiar y su incidencia hacia los hijos genera actitudes que podría transmitirse a las siguientes generaciones, dando lugar a deficiencias que sitúan a estas familias en desventaja dentro de una sociedad competitiva y que traerá consecuencias difíciles de manejar.

La familia disfuncional que ante situaciones de adversidad responde aumentando la rigidez de sus actos, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de solución afectando así al desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.

La sociedad actual mexicana, nos habla de que existen gran cantidad de familias con estructura y funcionalidad familiar alteradas, probablemente debido a factores socioeconómicos, ya que cada vez son mayores las familias nucleares monoparentales, empleadas o campesinas, desintegradas y disfuncionales, aunado al desconocimiento de la importancia de la familia para cumplir uno de sus objetivos primordiales, que es el de aportar individuos socialmente aptos a la sociedad.

Las exigencias económicas de nuestro país obligan en la generalidad de las familias, a que sean ambos padres (o uno cuando es el caso) a estar la mayor parte del tiempo fuera de casa, dejando de lado la supervisión de los hijos y por ende suprimiendo en muchas ocasiones el apoyo a los mismos, desde cuestiones escolares hasta emocionales lo cual puede generar límites difusos.

La ausencia también genera desapego y alteraciones en la comunicación familiar lo que sumado al desconocimiento de la tipología, funciones, roles, límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, centralidad, (es decir las características estructurales y funcionales de la familia) pudiera agravar aún más esta situación, reflejándose en aumento del bajo aprovechamiento escolar de los adolescentes observado en las pruebas estandarizadas a nivel mundial, así como la falta de un proyecto de vida y ausencia de formación académica para el futuro además de aumento en las conductas agresivas por parte de los adolescentes para con ellos mismos (Cutting, Sexting, Adicciones, Suicidio) y para con quienes les rodean (Bullying, Delincuencia).

Se han realizado en varios países algunos trabajos relacionados con el tema, como un reflejo de la preocupación global que existe sobre el rumbo que está tomando la población de adolescentes a nivel mundial, sin embargo, muy pocos de ellos realizados por Médicos Familiares.

Algunos de los esfuerzos que se han hecho consisten en la realización de talleres para padres de familia, con diversa metodología y objetivos, varios de ellos auspiciados por las secretarías de educación de los países donde se han realizado, y en donde se han observado ciertos resultados positivos, consecuencia de los mismos, lo que genera una posibilidad de cambio positivo tanto en la dinámica como en la estructura familiar de los adolescentes.

Debido a todo lo anterior estoy convencida que un screening de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas aunado a alteraciones en la estructura familiar de adolescentes puede orientarnos a buscar alternativas de solución a estas adicciones , trayendo como consecuencia prevención de la aparición de las comorbilidades físicas y sociales de los adolescentes lo cual propicie un ambiente favorable para el futuro.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cómo es la estructura familiar y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas de Adolescentes de Educación Media Superior del CBTIS N°50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

La realización de este estudio se justifica debido a que alteraciones en la estructura y funcionalidad de las familias actuales, puede contribuir de manera directa a no aportar individuos íntegros y adaptados a la sociedad, traducándose ello en el bajo aprovechamiento escolar, embarazo a temprana edad, sexualidad mal enfocada, ausencia de proyecto de vida y conductas agresivas en los adolescentes.

Nuestra formación como médicos familiares, tomando de base el conocimiento de la dinámica familiar con todos sus bemoles nos abre la posibilidad de compartir y/o generar nuevos conocimientos en las familias de los derechohabientes.

En múltiples ocasiones, el tiempo y el espacio en la consulta no son suficientes ni adecuados, por lo que la realización de un proyecto de tesis de esta naturaleza, nos brinda esa oportunidad.

Debemos de considerar también que una de las competencias adquiridas en la especialidad y que forman parte del perfil del egreso es la práctica docente y la investigación, así de esta manera se ejerce la Medicina familiar de manera integral.

El presente estudio forma parte de los requerimientos académicos para obtener el título de Médico Familiar.

III.2 Científica.

Sabemos que no es ético experimentar con seres humanos, sin embargo en esta ocasión creemos que un sondeo en adolescentes sobre el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas así como su cuantificación de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo, puede brindar información relevante sobre la que se basen programas preventivos.

Se considera relevante ya que este estudio pudiera servir de base para la realización de algunos otros que profundicen sobre el tema o propongan nuevas estrategias de intervención.

III.3 Social.

Los beneficios que se pudieran obtener serían:

- 1.- Mejoras en la dinámica familiar al tener idea de la tipología familiar, funciones, roles, subsistemas, tipos de límites, jerarquías, alianzas, coaliciones, centralidad, etc.
- 2.- Serviría para establecer compromisos familiares, corregir disfunciones y optimizar el apoyo a los adolescentes a fin de prevenir patologías médicas y sociales futuras.
- 3.- La relevancia social se observaría a largo plazo, al formar individuos mejor adaptados a la sociedad, evitando la aparición de patologías sociales como la falta de preparación académica, adicciones y delincuencia.
- 4.- La información obtenida pudiera servir a investigaciones futuras para desarrollar teorías sobre como la falta de apoyo de los padres, la ausencia física o el desconocimiento de conceptos básicos sobre dinámica familiar afecta negativamente el desarrollo óptimo de los adolescentes.

III.4 Económica.

El abuso de sustancias psicoactivas, representa una preocupación creciente para el gobierno federal, las entidades federativas, los municipios y la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos especializados, técnicos y profesionales, capacitados en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones, así como establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que se implementen estrategias, programas y acciones de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación, reducción del daño, normatividad, legislación, sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población.

El impacto económico anual del tabaquismo en México asciende a 136 mil 865 millones de pesos.

La adicción al tabaco en México le cuesta anualmente a las instituciones públicas de salud entre el 6% y el 15% de su presupuesto.

Esta cifra es resultado de sumar 80 mil 655 millones de pesos que eroga el sistema de salud nacional cada año para la atención de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, y que cada uno de los 11 millones de fumadores, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay en el país, gasta en promedio cinco mil 110 pesos en la compra de cigarrillos. Tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la OMC destacan que en México, la adicción al tabaco provoca la muerte de 60 mil personas al año, el equivalente a que diariamente pierdan la vida 165.

Como ya se observó en las estadísticas mencionadas en el marco teórico, las comorbilidades o secuelas de ellas, que se presentan en la adolescencia (embarazo a temprana edad, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción), pueden generar aumento en el gasto público, además de los costos ocasionados como consecuencia de algunas patologías sociales relacionadas con delincuencia juvenil (secuelas de violencia física), lo cual pudiera ser disminuido o evitado al llevar a cabo la realización de acciones de promoción para la salud.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Elementos de la hipótesis.

Hipótesis de trabajo:

Los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior de el CBTIS No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS que presentan alteraciones en su estructura familiar tales como desintegración, jerarquía que recae en la madre, periferia presente que recae en el padre o ambos padres y límites difusos en subsistema parental , tienen riesgo alto de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Adolescentes estudiantes del CBTIS No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

- Consumo de Tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas

IV.1.2.2 Independientes.

- Estructura familiar

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

Los, del , la, y.

V. OBJETIVOS

II.-OBJETIVO GENERAL:

Identificar la estructura familiar y el nivel de riesgo de presentar Problemas de salud derivados del consumo de tabaco, Alcohol y sustancias psicoactivas en Adolescentes de Educación Media Superior del CBTIS N°50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

III.OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el género de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar la edad de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar la religión de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar el estado civil de los padres de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar la ocupación del padre de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar la ocupación de la madre de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar la escolaridad del padre de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Identificar la escolaridad de la madre de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la tipología familiar en base a su conformación , de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- .Describir la tipología familiar en base a su economía, de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la tipología familiar en base a su integración, de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la Jerarquía en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la Centralidad negativa en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.

- Describir la Centralidad positiva en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la Periferia en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir los Límites en el subsistema conyugal, en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir los Límites en el subsistema parental, en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir los Límites externos de las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la Geografía en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la Conflictos en Subsistema parental en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la presencia de Sobreinvolucramiento en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir la presencia de Padre en función de un hijo en las familias de los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cannabis, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cocaína, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Anfetaminas, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Inhalantes, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Alucinógenos, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Opiáceos, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS
- Describir a los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS que han consumido alguna droga por vía inyectada.
- Describir la tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir la tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir los límites en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir los límites en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir la Jerarquía y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir la Jerarquía en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

- Describir la periferia y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.
- Describir la periferia y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Estudio Transversal, Observacional y descriptivo.

VI.2.Diseño del estudio.

MÉTODOS:

Se realizó estudio descriptivo en el CBTIS No. 50 de Marzo de 2013 a Agosto de 2013. Se inició con una reunión con directivos del CBTIS No. 50 para explicar en que consistía el estudio y planear actividades de aplicación de encuestas de acuerdo a cronograma de actividades previa autorización por parte de las autoridades educativas del CBTIS No. 50 cercano a la UMF 64 del IMSS.

Se informó de la actividad a realizar a toda la comunidad escolar. Posteriormente se investigó la cantidad de estudiantes que conforman cada grado y que podían participar en el estudio, de acuerdo los criterios de inclusión y exclusión para lograr la determinación de la muestra. Se solicitó la firma de autorización por parte de los padres de familia de los alumnos que conformaban el 4º semestre y la firma del consentimiento informado por parte de los adolescentes participantes.

Previa firma de consentimiento informado se procedió a aplicar encuestas sobre Estructura Familiar e instrumento ASSIST para screening de adicciones en un solo evento.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el screening, se aplicó cuestionario de Montalvo para valorar la estructura familiar en un segundo tiempo. Se llevó a cabo análisis de resultados a través del programa SPSS versión 19.

Se otorgó información de resultados a directivos de la institución, participantes padres de familia, y directivo de la UMF 64 del IMSS. Se Realizó intervención breve siguiendo la guía ASSIST para toda la población de 4º semestre del CBTis no. 50, de padecer problemas de salud derivados del consumo de sustancias Psicoactivas y se canalizó a Centro de Integración Juvenil (CAPA) Unidad el Tenayo a aquellos alumnos que resultaron con riesgo Moderado o Alto de padecer problemas de salud derivados del consumo de sustancias Psicoactivas. Por último se otorgó entrega de reconocimiento a la Institución escolar por participar en la realización de este estudio.

VI.3.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

1.- Variables sociodemográficas.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Género	Diferencias biológicas entre las personas, diferenciados en masculino y femenino. ³⁴	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa Nominal	1) Masculino 2) Femenino	1
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. ³⁴	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa Continua	1) 15 2) 16 3) 17 4) > o = 18	2
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que definen la relación del hombre con lo sagrado ³⁴	Creencia de cada estudiante entrevistado	Cualitativa Nominal	1) Católico 2) Cristiano 3) Testigo de Jehová 4) Otra 5) Ninguna	4
Estado civil de los padres	Situación de personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece derechos y deberes ³⁴	Estado civil que tienen los padres de los adolescentes en estudio.	Cualitativo Nominal Politómico	1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Divorciado 5) Viudo	5
Ocupación de los padres	Empleo, trabajo de los padres del adolescente ³⁴	Empleo, trabajo de los padres del adolescente	Cualitativa Nominal	1) Empleados 2) Profesionistas 3) Independiente 4) Otros, Hogar 5) Padre o madre ausente	6-7
Escolaridad de los padres	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio ³⁴	Conjunto de cursos que ha tenido los padres del adolescente	Cualitativa Ordinal	1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria equivalente. 5) Licenciatura 6) Otros 7) Padre o madre ausente	8-9

2.- Estructura familiar.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Estructura familiar	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia ³⁴ .	Descripción de cómo se encuentra conformada la familia, de acuerdo a su tipología, consanguinidad, jerarquías, límites, alianzas, coaliciones.	Cualitativa Nominal Politómica	I. Tipología 1. Nuclear. 2. Extensa. 3. Compuesta 4. Monoparental.	10
				II. Economía 1. Tradicional 2. Moderna.	11
				III. Integración 1. Integrada 2. Desintegrada. 3. Semi-integrada	12
				IV. JERARQUIA 1. Presente 2. Ausente	13-17
				1. Mamá 2. Papá 3. Ambos Padres 4. Hijos 5. Padre y un hijo	
				V. CENTRALIDAD 1. Positiva 2. Negativa	18-31
				VI. -PERIFERIA 1. Presente 2. Ausente	32-43
VII. -LIMITES S. Conyugal 1. Claros 2. Difusos 3. Rígidos	44-69				

				<p>S. Parental 1. Claros 2. Difusos 3. Rígidos</p> <p>Límites externos 1. Claros 2. Difusos 3. Rígidos</p> <p>VIII.- GEOGRAFIA 1. Presente 2. Ausente</p>	70-77
				<p>IX. CONFLICTOS 1. Presente 2. Ausente</p>	81-87
				<p>X. SOBREINVO LUCRA MIENTO 1. Presente 2. Ausente</p>	88-89
				<p>XI.-PADRES EN FUNCION DE UN HIJO 1. Presente 2. Ausente</p>	90-91

3.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Tabaco.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	a

4.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Bebidas alcohólicas.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	b

5.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Cannabis.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Cannabis.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Cannabis en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	c

6.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Cocaína.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Cocaína.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Cocaína en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	d

7.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de estimulantes de tipo Anfetaminas.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Anfetaminas.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso ³⁴ . Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Anfetaminas u otro tipo de estimulantes en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	E

8.-Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Inhalantes.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Inhalantes.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Inhalantes en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	F

9.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	G

10.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Alucinógenos.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Alucinógenos.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Alucinógenos en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	H

11.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Opiáceos.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de Opiáceos.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso ²⁹ . Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Opiáceos en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	i

12.- Nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de otras sustancias Psicoactivas.

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores	Item
Nivel de Riesgo derivado del consumo de otras sustancias psicoactivas.	Riesgo: Probabilidad de que se presente un suceso. ³⁴ Nivel de riesgo: A mayor nivel mayor probabilidad a menor nivel menor probabilidad de que se presente un suceso.	Riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Otras Sustancias Psicoactivas en adolescentes del CBtis No.50 del área de tención de la UMF 64 del IMSS.	Cualitativa Ordinal	Riesgo Bajo R. Moderado Riesgo Alto	j

VI.4 Universo de Trabajo.

Universo: 2295 alumnos.

Población: 695 alumnos.

Los alumnos de 4º semestre del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS son un total de 695 alumnos en ambos turnos, de los cuales se trabajó, por cuestiones escolares con un total de 273 alumnos (quienes contaban con consentimiento informado con autorización del padre de familia para participar en el estudio y asentimiento por parte del alumno y que contestaron de manera completa las dos encuestas que se aplicaron: ASSIST y Guía de entrevista para conocer la estructura familiar de Montalvo y Soria:

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Estudiantes adolescentes del CBTIS No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS que participaron de forma libre y voluntaria en el estudio y contaban con autorización y consentimiento informado firmado por padres de familia así como asentimiento por parte de ellos.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

Se excluyeron a aquellos estudiantes del CBTIS No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS que no desearon participar en el estudio y que no contaban con autorización firmada por padres de familia, consentimiento y asentimiento informado.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

Se eliminaron 117 alumnos de CBTIS No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS ya que no contaban con autorización por escrito por parte de los padres de familia para participar en el estudio, cuestionarios mal contestados y aquellos estudiantes de CBTIS No. 50 que no aceptaron participar en el estudio aún cuando sus padres hubieran firmado el consentimiento informado. (Asentimiento).

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo³⁵.

La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

VI.5.2 Validación.

El ASSIST es el resultado de un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover una prueba de detección de alcohol e intervención breve a través del desarrollo y la validación de la Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés). El éxito del AUDIT en la promoción de las pruebas de detección de alcohol y las intervenciones breves, así como su efectividad en la reducción de los problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de la atención primaria de salud, sirvieron para acometer con ímpetu la extensión de las pruebas de detección y las intervenciones breves a otros problemas de abuso de sustancias, y los métodos utilizados establecieron un modelo para el proyecto ASSIST.

En 1997 la OMS desarrolló el ASSIST con el fin de:

- Administrarlo más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes.
- Hacer pruebas de detección de todas las sustancias psicoactivas, no solo de alcohol y tabaco.
- Poder utilizarlo en servicios de atención primaria de salud.
- Tener relevancia transcultural.
- Poder vincularlo fácilmente a una intervención breve.

El ASSIST ha pasado por tres etapas principales de prueba para confirmar su validez y confiabilidad en el ámbito internacional y demostrar que puede vincularse a intervenciones breves.

La fase I del proyecto se llevó a cabo entre los años 1997 y 1998 e incluyó la elaboración de la primera versión de la prueba (versión 1.0). El cuestionario constaba de 12 preguntas. La confiabilidad y factibilidad de las preguntas fueron evaluadas en un estudio de confiabilidad de test-retest realizado en Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, los territorios palestinos, Puerto Rico, el Reino Unido y Zimbawe. La selección de los lugares se hizo con el fin de que los participantes del estudio provinieran de culturas diversas y tuvieran hábitos de consumo diferentes. Los resultados demostraron que la prueba era confiable y factible.

Con base en la retroalimentación de los participantes del estudio y para facilitar la administración y comprensión de las preguntas, el cuestionario de 12 preguntas fue modificado a uno de ocho (versión 2.0).

La fase II del proyecto consistió en un estudio internacional para validar el cuestionario de la prueba de detección en una gran variedad de servicios de la atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas.

Los procesos de validación permiten determinar si una prueba mide los supuestos y las condiciones que se pretenden medir. El estudio se realizó en el año 2000 y en el año 2002 en Australia, Brasil, los Estados Unidos, India, el Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe. Los participantes provenían tanto de servicios de atención primaria como de servicios de tratamiento contra las drogas, lo cual permitió la representación adecuada de personas con diferentes hábitos de consumo.

El estudio demostró la validez de la prueba de manera concurrente, predictiva y discriminatoria, y además incluyó una serie de puntuaciones límite para 'riesgo bajo', 'moderado' y 'alto'.

El cuestionario modificado (ASSIST v3.0) fue revisado y especialmente acondicionado para su uso en el ámbito de la atención primaria y centros de salud (ASSIST v3.1); la versión 3.0 se recomienda para uso en fines investigativos. Un estudio piloto realizado al mismo tiempo demostró que los participantes provenientes de los servicios de atención primaria redujeron el consumo de sustancias al recibir una intervención breve vinculada a las puntuaciones del ASSIST.

La fase III del estudio consistió en una prueba aleatoria controlada para investigar la eficacia de una intervención breve vinculada a las puntuaciones del cuestionario por consumo de riesgo moderado de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina u opiáceos. Los participantes provenían de servicios de atención primaria de salud y fueron clasificados dentro del nivel de riesgo moderado en por lo menos una de estas sustancias. El estudio se realizó entre los años 2003 y 2007 en Australia, Brasil, los Estados Unidos e India. La intervención breve duró entre cinco y 15 minutos y se basó en el modelo FRAMES y las técnicas de la entrevista motivacional.

La intervención breve se centró en la retroalimentación personalizada con respecto a las puntuaciones de la prueba y el riesgo asociado, por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación diseñada para este propósito. La intervención breve fue reforzada con información de autoayuda que los usuarios se llevaron a sus casas. Los resultados demostraron que los participantes que recibieron una intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones de la prueba después de tres meses, en comparación con los del grupo control, que no recibieron intervención breve sobre su experiencia de consumo de sustancias ilegales. Además, más del 80% de los participantes que recibieron la intervención breve notificaron haber intentado reducir el consumo de sustancias. Asimismo, los participantes hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención breve.

El documento "La intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria" ofrece información sobre cómo vincular una intervención breve a las puntuaciones del ASSIST.

VI.5.3 Aplicación.

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o por los que trabajan con personas cuyo consumo de sustancias puede colocarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección. A partir de ahora se empleará el término 'trabajador de la salud' para referirnos al personal sanitario mencionado anteriormente.

Los trabajadores de la atención primaria de salud, en particular, tienen la oportunidad de hacer una prueba de detección sobre estilos de vida en general a una mayor cantidad de personas como parte del servicio de rutina, y son a la vez una fuente confiable de información. En los países desarrollados, 85% de la población visita a un trabajador de atención primaria por lo menos una vez al año, y es probable que los usuarios que tengan problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas asistan a estas consultas con más frecuencia.

La prueba de detección realizada en el ámbito de la atención primaria puede aumentar la probabilidad de identificar a aquellos individuos que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina aunque no dependiente, y que son los que tienen mayor probabilidad de responder mejor a una intervención. Muchos problemas comunes de salud vistos en servicios de atención primaria pueden empeorar por el consumo de sustancias psicoactivas, y la prueba de detección brinda la oportunidad de educar a los usuarios sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol u otras sustancias.

Si los trabajadores de la atención primaria de salud preguntan a los usuarios sobre los factores de riesgo del consumo de sustancias, estos estarán más dispuestos a hablar sobre los problemas del consumo y a considerar la posibilidad de cambiar sus hábitos al respecto.

Para la mayoría de las personas la prueba de detección se puede completar en un tiempo de entre cinco y diez minutos, lo cual les permite asistir a la consulta general. La prueba también puede administrarla otro miembro del personal mientras el paciente espera para ver al trabajador de la salud. Es probable que en el futuro el usuario pueda completar la prueba por sí mismo, pero aún no está validada para ser completada sin la ayuda de un trabajador de la salud.

La prueba de detección ASSIST puede utilizarse en una serie de formas para evaluar el consumo de sustancias del usuario. En un mundo ideal, todos los usuarios de la atención primaria de salud serían examinados anualmente para detectar el consumo de sustancias, como parte de un programa de pruebas de detección y promoción de la salud.

Esto es especialmente importante en lugares donde la proporción de usuarios de sustancias es mayor que en el resto de la comunidad, por ejemplo:

Servicios de salud de las universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, zonas rojas, servicios de salud mental, programas de evaluación de prisioneros y servicios de atención primaria en otros lugares donde haya una alta prevalencia de abuso de sustancias.

Si los trabajadores de la salud realizan las pruebas de detección solo a las personas que ellos consideran que tienen problemas por el consumo de sustancias, es probable que pasen por alto a usuarios con un consumo de sustancias peligroso y dañino.

El consumo de sustancias por lo general comienza durante la adolescencia y este período se puede considerar como una etapa importante en cuanto al consumo de sustancias por este grupo de población, y como el momento adecuado para iniciar las pruebas de detección en usuarios jóvenes. La edad exacta apropiada para iniciar las pruebas de detección para el consumo de sustancias varía según la prevalencia local y los hábitos de consumo. Es importante conocer la edad legal de consentimiento en su jurisdicción y las disposiciones legales relacionadas con la prueba de detección y la intervención en los adolescentes menores de edad.

Cabe destacar que hasta el presente el ASSIST ha sido validado solo en población adulta (entre 18 y 60 años de edad). El cuestionario ha demostrado ser culturalmente neutral y es probable que su uso sea factible en adolescentes. Sin embargo, el estilo y contenido del ASSIST, así como las puntuaciones límite que determinan el riesgo, ya sea 'bajo', 'moderado' o 'alto', pueden no ser adecuados para los adolescentes. Por ejemplo, un adulto que ingiere alcohol semanalmente en niveles 'bajos' sería clasificado como de 'bajo riesgo'. Un adolescente que ingiere ese mismo nivel de alcohol puede tener mayor riesgo de presentar problemas de salud y sociales y aún ser clasificado como de 'bajo riesgo'.

POBLACION A QUIEN SE PUEDE APLICAR ASSIST

A todos los usuarios de programas de detección para la promoción de la salud desde la etapa de jóvenes adultos.

En el marco de la atención primaria y otros con una alta proporción de consumidores de sustancias, por ejemplo:

- Servicios de salud de universidades
- Clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), zonas rojas y servicios de salud mental.
- Usuarios cuyo motivo de consulta sugiera que tiene relación o que puede tenerla con el consumo de sustancias.
- Prisioneros recién encarcelados cuyo delito pueda estar relacionado con el consumo de sustancias.
- Usuarios cuya enfermedad se empeoraría por el consumo de sustancias.
- Mujeres embarazadas.

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

No se cuenta como tal con un instrumento validado en México para medir estructura familiar sin embargo se utilizará la Guía de Entrevista de Montalvo y Soria, la cual contempla los aspectos mencionados en la operacionalización de las variables para estructura familiar³⁶.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se realizará estudio transversal, observacional, descriptivo, bietapificado en las instalaciones de la UMF 64 del IMSS y CBTIS No. 50 de Marzo de 2013 a Julio de 2013. Se iniciará con reunión inicial con directivos del CBTIS No. 50 para explicar en que consiste el estudio y planear actividades de aplicación de encuestas de acuerdo a cronograma de actividades previa autorización por parte de las autoridades educativas del CBTIS No. 50 cercano a la UMF 64 del IMSS.

Se dará la información de la actividad a realizar a toda la comunidad escolar. Posteriormente se investigará la cantidad de estudiantes que conforman cada grado y que puedan participar en el estudio, de acuerdo los criterios de inclusión y exclusión para lograr la determinación de la muestra requerida para el estudio. Se solicitará la firma de autorización por parte de los padres de familia de los alumnos que conformen la muestra para participar en el estudio y la firma del consentimiento informado por parte de los adolescentes participantes.

Previa firma de consentimiento informado se procederá a aplicar encuestas sobre instrumento ASSIST para detección de adicciones y grado de riesgo de presentar patologías secundarias derivadas del patrón de consumo de Tabaco, Alcohol y sustancias psicoactivas en un solo evento, de manera simultánea a todos los grupos y con apoyo de Médicos Residentes de diversos grados así como de los profesores tutores de cada grupo.

La segunda etapa del proceso se realizará acuerdo a los resultados obtenidos en el ASSIST, en la cual se aplicará cuestionario basado en la guía de entrevista de Montalvo y Soria, para valorar la estructura familiar de acuerdo a horarios pre-establecidos de orientación y tutoría, por parte de Médico tesista y con apoyo de tutores. Se realizará discriminación de encuestas con los que hubieran resultado negativos en el cuestionario ASSIST y posteriormente sólo se trabajará con los que hayan resultado positivos. Se llevará a cabo análisis de resultados a través del programa SPSS versión 19.

Se entregará la información de los resultados obtenidos a directivos de la institución educativa, alumnos y padres de familia, por parte de la tesista. Se Realizará intervención breve siguiendo la guía ASSIST para todos aquellos alumnos que resulten con Riesgo leve de padecer problemas de salud

derivados del consumo de sustancias Psicoactivas, con pláticas informativas sobre el consumo de las mismas a través del Centro de atención Primaria a las Adicciones (CAPA), Unidad el Tenayo y canalización a aquellos alumnos que resulten con riesgo Moderado o alto de padecer problemas de salud derivados del consumo de sustancias Psicoactivas a dicho lugar y al mismo tiempo a trabajo social de la UMF 64 del IMSS. Por último se otorgará entrega de reconocimiento a la Institución escolar y personal específicamente vinculado por participar en la realización de este estudio, avalado por directivos de la UMF 64 del IMSS.

Se dará seguimiento a través del departamento de trabajo social de la UMF 64 del IMSS a todos aquellos alumnos que resulten con riesgo moderado y alto.

VI.7 Límite de espacio.

Este estudio se realizará en las instalaciones de la Escuela Preparatoria CBTIS No. 50 ubicada en el complejo de la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tequesquínahuac, Tlalnepantla. Estado de México.

VI.8 Límite de tiempo.

Este estudio se realizó en el mes de Marzo de 2013 a Agosto de 2013.

VI.9 Diseño de análisis.

Posterior a aplicación de ambas encuestas se capturaron los datos a través del programa SPSS versión 19.0 de acuerdo a codificación de ítems.

La codificación de ítems se realizó de acuerdo a las preguntas de cuestionario y entrevista, las cuales se encuentran numeradas de manera subsecuente.

Para variables cuantitativas se realizó estadística descriptiva usando medidas de tendencia central (Media, Moda, Mediana)

Los resultados obtenidos se describieron a través de gráficas de sectores debido al carácter cualitativo de las variables y de barras para variables cuantitativas discretas.

No se trabajó hipótesis nula.

La información se procesó a través de programa estadístico SPSS 19.0

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Se realizó el presente estudio siguiendo los principios de la Bioética de Autonomía, Justicia, Beneficiencia y no Maleficiencia, y respetando los principios de la declaración de Helsinki que dice que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica que afirma que : “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

La investigación en seres humanos vivos requiere cumplir una serie de requisitos éticos donde no se afecte la integridad física, emocional y social del individuo, ya que estamos hablando de práctica o investigación que pudieran atentar contra la vida de los mismos.

En base a lo anteriormente mencionado se explicó a los participantes(los cuales la mayoría de ellos eran menores de edad) sobre la secuencia de pasos a realizar en el estudio, las implicaciones éticas que conllevó, para obtener lo equivalente a un asentimiento por parte de los participantes, se mencionaron que los resultados serían estrictamente confidenciales ya que sólo serían del conocimiento del entrevistador datos y respuestas personales, que se brindaría ayuda médica y psicológica sólo a aquel que resulte con nivel de riesgo moderado o severo siempre y cuando lo aceptase, se hizo hincapié en la existencia de dudas, se preguntó si alguien estaba en desacuerdo, o que no iba a ser incluido dentro del estudio si no había autorización por parte del padre de familia.

Este estudio se realizó siguiendo los principios de la bioética mencionados en el informe Belmont de 1978;

1.-Beneficiencia:

No hacer daño, acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

2.-Respeto a las personas:

Reconocer la autonomía del individuo y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida.

3. Justicia:

Se deben evitar las distinciones basadas en género, experiencia, edad, creencia, competencia, mérito y posición.

Se solicitó firma de autorización del padre o tutor del alumno ya que se trabajó con individuos menores de edad, además de que ellos deben otorgar su autorización para participar en el estudio (Asentimiento) .

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El consentimiento informado es un documento ordenado por el CODIGO DE REGULACIONES FEDERALES (CFR) y es una forma de respeto a los pacientes.

Sus objetivos son:

Proteger a los sujetos y voluntarios humanos, asegurar que los sujetos de estudio comprendan claramente los beneficios y riesgos de su participación en un estudio, proporcionar a los sujetos de un estudio toda la información necesaria para que sean capaces de tomar la decisión de si participan o no en él.

REQUISITOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Informar sobre la investigación que involucra el estudio (explicación de los objetivos, la duración de la participación, procedimientos que han de realizarse e identificación de los mismos), descripción clara de los riesgos y molestias que sufrirá el sujeto (riesgo de morbilidad o mortalidad, información sobre efectos adversos previamente reportados), Descripción de los beneficios al sujeto o a otros, revelar todo procedimiento alternativo o tratamiento, manera en que se mantendrá la confidencialidad de los expedientes, si habrá compensación, si habrá algún tratamiento médico, mencionar oficina específica, números y persona responsable del proyecto .

Se debe asegurar la comprensión por parte de los sujetos a incluir en el estudio, hablar con lenguaje comprensible, y a quien no hable español, traducir el documento o conseguir un traductor. Los sujetos analfabetas o que no hablan español pueden poner su “marca”.

Para que sea legalmente válido debe estar presente el sujeto o un representante legalmente autorizado. Se debe dar al individuo la oportunidad de elegir si desea participar o no. No debe incluir lenguaje que obligue al individuo a renunciar o que libere a la institución de alguna responsabilidad por negligencia.

No se deben utilizar tácticas coercitivas. Si es necesario se debe proporcionar información adicional.

Las excepciones para los requisitos del consentimiento informado sucederían cuando el investigador considere que la situación requiere un artículo de prueba, cuando el sujeto o el representante legal no puedan expresar su voluntad, cuando no haya tiempo para obtener el consentimiento.

La renuncia al consentimiento informado ocurre cuando la participación al estudio, conlleve un riesgo mínimo para el paciente.

De acuerdo a lo anterior, este estudio se llevó a cabo bajo las siguientes condiciones:

- 1.- Se incluyeron en el estudio, adolescentes estudiantes de CBTIS de segundo grado, Cuarto semestre, turno matutino y vespertino.
- 2.- Se Informó a padres de familia de la realización de el estudio por parte de las autoridades educativas.
- 3.- Se solicitó firma de autorización para participar en el estudio por parte de los padres de familia.
- 4.- Se solicitó firma de consentimiento informado y asentimiento por parte de los participantes.
- 5.- Se aplicaron las encuestas en dos tiempos.
La primera encuesta (ASSIST) se realizó con apoyo de Médicos Residentes de la UMF 64 del IMSS de 2º y 3er grado.
La segunda encuesta (Estructura familiar), se realizó por parte de la tesista.
- 6.- Se dieron Pláticas sobre uso de sustancias psicoactivas a los alumnos de segundo grado con apoyo de personal del CAPA (Centro de Atención Primaria a las adicciones), ambos turnos como parte de la intervención breve recomendada por ASSIST.
- 7.- Se resguardó la información.
- 8.- Se realizó presentación de resultados obtenidos y trabajo final a los participantes del estudio, autoridades educativas, profesor titular y Coordinador clínico de residencia médica de la UMF 64 del IMSS.
- 9.-Se Canalizaron a trabajo socialde la UMF 64 del IMSS a los alumnos que resultaron con riesgo moderado o alto de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas, para evaluación y seguimiento, o canalización a Centro de Integración Juvenil en caso de problemas de mayor gravedad.
- 10.- Entrega de reconocimiento de participación a personal de control escolar del CBTIS No. 50 que colaboró en la realización de este estudio y al CAPA, por el apoyo recibido (avalado por autoridades de la UMF 64 del IMSS).

VIII. ORGANIZACIÓN.

Tesista: M.C. Nubia Elitania Méndez Torres

Director de tesis: M en C. Luis Rey García Cortés.

IX. RESULTADOS.

Se realizó estudio observacional descriptivo con adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS. La muestra total obtenida de estudiantes de 2º. Grado, (4º semestre) fue de 273 alumnos de un total de 695 alumnos que conforman la totalidad de dicho grado en ambos turnos, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Se obtuvieron los siguientes resultados.

1.-La distribución de los alumnos fue de 113 del género masculino y 160 del género femenino lo cual corresponde a un 41.4% y 58.6% respectivamente, con una diferencia del 16% aproximadamente. (Tabla y gráfica 1).

2.-La edad de los adolescentes encuestados se distribuyó de la siguiente manera, 124 alumnos de 16 años de edad lo cual corresponde al 45.4%, 116 de 17 años con un 42.5% y 33 de 18 o más con un 13 % (tabla y gráfica 2).

3.-La religión que profesan los adolescentes estudiantes de 4º semestre del CBtis No. 50, fue 225, católicos con un 82.4%, 16 cristianos con un 5.9%, 3 testigo de Jehová con 1.1 %, 13 otra religión con 4.8%, y 16 ninguna con 5.9%. (Tabla y gráfica 3).

4.-El estado civil de los padres de los adolescentes estudiantes del Cbtis No. 50 se observó de la siguiente manera 32 solteros (11.7%), 162 casados (59.3%), 47 en unión libre (17.2%), 8 viudos (2.9%) y 24 divorciados (8.8%). (Tabla y gráfica 4).

5.- La ocupación del padre de los adolescentes entrevistados se distribuyó como sigue: Empleado 102 (37.4%), Obrero 53 (19.4%), Profesionista 33 (12.1 %), Otros 70 (25.6%), y Padre ausente 15 (5.5%). (Tabla y gráfica 5).

6.-La ocupación de la madre de los adolescentes encuestados se observó de la siguiente manera: Empleada 59 (21.6%), Obrero 21 (7.7%), Profesionista 16 (5.9%), Hogar 172 (63%), Madre ausente 5 (1.8%). (Tabla y gráfica 6).

7.-La escolaridad del padre de los adolescentes incluidos en el estudio se distribuyó de la siguiente manera Ninguna 8 (2.9%), Primaria 47 (17.2 %), Secundaria 85 (31.1 %), Preparatoria 83 (30.4%), Licenciatura 34 (12.5 %), Posgrado 1 (0.4%), Padre ausente 15 (5.5%). (Tabla y gráfica 7).

8.-La escolaridad de la madre de los adolescentes encuestados se observó de la siguiente manera Ninguna 4 (1.5%), Primaria 68 (24.9%), Secundaria 102 (37.4%), Preparatoria 76 (27.8%), Licenciatura 21(7.7%), Posgrado 1 (0.4%), Madre ausente 1 (0.4%). (Tabla y gráfica 8).

9.-La tipología de las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50, se observó de la siguiente manera: Nuclear 164 (60.1%), Extensa 23 (8.4%), Compuesta 25 (9.2%), Monoparental 61(22.3%). (Tabla y Gráfica 9).

10.-De acuerdo a su desarrollo las familias de los adolescentes encuestados se distribuyeron de la siguiente manera: Moderna 136 (49.8%) y tradicional 137 (50.2%). (Tabla y gráfica 10).

11.-Según su integración se encontraron los siguientes datos en las familias de los adolescentes que formaron parte de este estudio: Integradas 208(76.2%), Desintegradas 13 (4.8%), Semi-integradas 52 (19%). (Tabla y gráfica 11).

12.-La jerarquía de los adolescentes incluidos en el estudio se encontró a cargo de la mamá 70 (35.6%), del papá 7 (2.6%), Ambos padres 171 (62.6%), Hijos 3 (1.1%), Padre y un hijo 3 (1.1%), nadie 19 (7.0%)(Tabla y gráfica 12).

13.-La centralidad negativa en las familias de los adolescentes se observó como sigue: Mamá 2 casos (0.7%), Papá 9 casos (3.3%), Hijos 57 casos (20.9%), Padre y un hijo 1 caso (0.4%), nadie 204 casos(74.7%).Llama la atención que el mayor porcentaje de las familias la centralidad negativa recae en los hijos (Tabla y gráfica 13).

14.-La centralidad positiva se distribuyó de la siguiente forma: mamá 54(19.8%), papá 10 (3.7%), Ambos padres 42 (15.4%), Hijos 45 (16.5%), padre en función de hijo 2(0.7%), nadie 120 (44%).Para casi el 20% de las familias encuestadas la centralidad positiva sigue recayendo en la mamá. (Tabla y gráfica 14).

15.-La Periferia en las familias de los adolescentes encuestados se distribuyó de la siguiente manera, que recae en la mamá 14 (5.1%), Papá 49 (17.9%), ambos padres 12 (4.4%), Hijos 30 (11%), Padre y un hijo 6 (2.2%), nadie 162 (59.3%).(tabla y gráfica 15).

16.-Los límites en subsistema conyugal se observaron claros 183(67%), Difusos 89 (32.6%), Rígidos 1 (0.4%).(Tabla y gráfica 16).

17.-Los límites en subsistema parental se encontraron claros 162 (59.3%), Difusos 111 (40.7%).(Tabla y gráfica 17).

18.-Los límites al exterior se encontraron como sigue Claros 175 (64.1%), Difusos 90 (33%), Rígidos 8 (2.9%).(Tabla y gráfica 18).

19.-La Geografía en las familias de los adolescentes se encontró Presente en 224 casos (82.1%) y ausente en 49 casos (17.9%). (Tabla y gráfica 19).

20.-Los conflictos en Subsistema Parental se encontraron en 83 familias (30.4%) y ausentes en 190 casos (69.6 %).(Tabla y gráfica 20).

21.-Se observó sobreinvolucramiento en 62 casos (22.3%) y no lo hay en 211 casos (77.3%). (Tabla y gráfica 21).

22.-Se encontró padre en función de un hijo en 29 casos (10.6%) y ausente en 244 casos (89.4%). (Tabla y gráfica 22).

23.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco se distribuyó de la siguiente manera: 56 alumnos (20.5%) presentaron riesgo bajo, 80 alumnos (29.3%) con riesgo moderado, 4 alumnos (1.4%) presentaron riesgo alto y 133 alumnos (48.7%) se observaron sin riesgo. (Tabla y gráfica 23).

24.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas se distribuyó de la siguiente manera: 138 alumnos (50.5%) presentaron riesgo bajo, 69 alumnos (25.3%) con riesgo moderado, 10 alumnos (3.7%) presentaron riesgo alto y 56 alumnos (20.5%) se observaron sin riesgo (Tabla y gráfica 24).

25.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cannabis se distribuyó de la siguiente manera: 18 alumnos (6.6 %) presentaron riesgo bajo, 14 alumnos (5.1%) con riesgo moderado, 2 alumnos (0.7%) presentaron riesgo alto y 239 alumnos (87.5 %) se observaron sin riesgo.. (Tabla y gráfica 25)

26.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cocaína se distribuyó de la siguiente manera: 5 alumnos (1.8%) presentaron riesgo bajo, 1 alumnos (0.4%) con riesgo moderado, 2 alumnos (0.7%) presentaron riesgo alto y 267 alumnos (97.8%) se observaron sin riesgo. En este caso la mayoría de los alumnos no presentan riesgo de presentar patologías derivadas del consumo de Cocaína.(Tabla y gráfica 26).

27.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Anfetaminas se distribuyó de la siguiente manera: 5 alumnos (1.8%) presentaron riesgo bajo, 4 alumnos (1.5%) con riesgo moderado, 0 alumnos presentaron riesgo alto y 264 alumnos (96.7%) se observaron sin riesgo. (Tabla y gráfica 27).

28.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Inhalantes se distribuyó de la siguiente manera: 7 alumnos (2.6 %) presentaron riesgo bajo, 6 alumnos (2.2 %) con riesgo moderado, 0 alumnos presentaron riesgo alto y 260 alumnos sin riesgo (95.2%) se observaron sin riesgo. (Tabla y gráfica 28).

29.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Tranquilizantes se distribuyó de la siguiente manera: 6 alumnos (2.2%) presentaron riesgo bajo, 3 alumnos (1.1%) con riesgo moderado, 0 alumnos presentaron riesgo alto y 264 alumnos sin riesgo (96.7) se observaron sin riesgo. (Tabla y gráfica 29).

30.-El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Alucinógenos se distribuyó de la siguiente manera: 2 alumnos (0.7%) presentaron riesgo bajo, 2 alumnos (0.7%) con riesgo moderado,

0alumnos presentaron riesgo alto y 269 alumnos (98.5%) se observaron sin riesgo. (Tabla y gráfica 30).

31.- El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Opiáceos se distribuyó de la siguiente manera: 2 alumnos (0.7%) presentaron riesgo bajo, 1 alumno (0.4%) con riesgo moderado, 0alumnos presentaron riesgo alto y 270 alumnos (98.9%) se observaron sin riesgo. (Tabla y gráfica 31).

32.- El nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de drogas vía inyectada se distribuyó de la siguiente manera: 1 alumno (0.4%) presentaron riesgo bajo, 0 alumnos presentaron riesgo moderado, 0alumnos presentaron riesgo alto y 272 alumnos (99.6 %) se observaron sin riesgo. (tabla y gráfica 32).

33.- En la tipología familiar según la integración y riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco se obtuvieron los siguientes resultados: 39 familias integradas con riesgo bajo, 58 familias integradas con riesgo moderado, 3 familias integradas con riesgo alto y 108 familias integradas sin riesgo. (Tabla y gráfica 33).

34.- En la tipología familiar según la integración y riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas se obtuvieron los siguientes resultados: 111 familias integradas con riesgo bajo, 46 familias integradas con riesgo moderado, 8 familias integradas con riesgo alto y 43 familias integradas sin riesgo. El último resultado se asemeja a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias integradas presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco. Sin embargo llama la atención que 111 familias integradas presentaran riesgo bajo. (Tabla y gráfica 34).

35.- De acuerdo a los límites en subsistema parental y riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco se obtuvieron los siguientes resultados: 33 con familias límites claros presentan riesgo bajo, 44 con riesgo moderado y 1 con alto y en familias con límites difusos 23 con riesgo bajo, 36 riesgo moderado, y 3 con riesgo alto. El último resultado se semeja a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias con límites claros presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco. (Tabla y gráfica 35).

36.- De acuerdo a los límites en subsistema parental y riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas se obtuvieron los siguientes resultados: 84 familias con límites claros presentan riesgo bajo, 36 con riesgo moderado y 8 con riesgo alto y 34 sin riesgo. Por otro lado en familias con límites difusos 54 con riesgo bajo, 33 riesgo

moderado, 6 con riesgo alto y 22 sin riesgo . El último resultado se semeja a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias con límites claros presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas. (Tabla y gráfica 36).

37.- La Jerarquía encontrada en los adolescentes encuestados y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco se distribuyó como sigue: Familias con jerarquía que recae en la mamá, 12 con riesgo bajo, 17 con riesgo moderado, 1 con riesgo alto y 40 sin riesgo haciendo un total de 70. El resultado más significativo es en familias en quienes la jerarquía recae en ambos padres donde 40 presentaron riesgo bajo, 49 con riesgo moderado, 3 con riesgo alto, 79 sin riesgo, lo cual coincide con lo mencionado en la hipótesis. (Tabla y gráfica 37).

38.- La Jerarquía encontrada en los adolescentes encuestados y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas se distribuyó como sigue: Familias con jerarquía que recae en la mamá, 34 con riesgo bajo, 14 con riesgo moderado, 3 con riesgo alto y 19 sin riesgo haciendo un total de 70. El resultado mas significativo es en familias en quienes la jerarquía recae en ambos padres donde 88 presentaron riesgo bajo, 46 con riesgo moderado, 4 con riesgo alto, 33 sin riesgo, lo cual coincide con lo mencionado en la hipótesis. (Tabla y gráfica 38).

39.- La periferia, de acuerdo al integrante de la familia en donde recae y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco arrojó los siguientes resultados: familias con madre periférica con riesgo bajo 3, con riesgo moderado 6, con riesgo alto 0, sin riesgo 5. El resultado mas alto se obtuvo en familias que no presentan periferia con los siguientes datos, R. bajo 32, R. moderado 43, R. alto 2, sin riesgo 85. En familias donde el padre es periférico R. bajo 12, R. moderado 14, R. alto 1, sin riesgo 22. (tabla y grafica 39).

40.- La periferia, de acuerdo al integrante de la familia en donde recae y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas arrojó los siguientes resultados: familias con madre periférica con riesgo bajo 9, con riesgo moderado 5, con riesgo alto 0, sin riesgo 0. El resultado mas alto se obtuvo en familias que no presentan periferia con los siguientes datos, R. bajo 81, R. moderado 34, R. alto 6, sin riesgo 41. En familias donde el padre es periférico R. bajo 24, R. moderado 14, R. alto 2, sin riesgo 9. (Tabla y gráfica 40).

X. DISCUSION

El género que predominó en los adolescentes que formaron parte del estudio predominó el sexo femenino lo cual corresponde con lo mencionado en el censo INEGI 2010, donde refiere que existen 29 706 560 millones de jóvenes entre 15 y 29 años de edad, donde el género femenino predomina existiendo 96 hombres por cada 100 mujeres³⁷. (Tabla 1).

En lo que respecta a la edad, nuestros encuestados se encuentran en el rango de adolescencias tardía o adolescentes jóvenes contemplado en la definición de la OMS. Las edades que predominaron fueron 16 y 17 años (Tabla 2).

En cuanto a la religión, la gran parte de los adolescentes encuestados profesan la fe católica, la cual predominó en un 82%. No existe la razón para pensar que la educación escolástica automáticamente facilita un desarrollo moral en el niño. Cierta gente puede ser muy instruida, pero ser maleducada y estar lejos de la espiritualidad. Por otro lado, un campesino sin educación puede encontrarse en un nivel espiritual y moral muy elevado, pero nos permite observar que los adolescentes que profesan alguna religión pudieran tener ciertos valores. (Tabla 3).

En el caso del estado civil de los padres de los adolescentes incluidos en el estudio, predominó estado civil casado con un 59.3% lo cual también se refleja en el tipo de familia predominante que es familia nuclear. (Tabla 4)

El mayor porcentaje de los padres de los alumnos son empleados y pocos de ellos se dedican a alguna actividad de la economía informal. (Tabla 5)

La mayoría de las madres de nuestros encuestados se dedican al hogar, lo que llama la atención pues ello significaría que los chicos tienen siempre el acompañamiento materno mientras permanecen en casa. (Tabla 6)

Es baja la preparación académica de los jefes de hogar, tanto el padre como la madre: El 30% de ellos es de escolaridad secundaria. (Tablas 7 y 8)

Vemos que hay muy poca escolaridad en ambos padres de los encuestados ello pudiera coincidir con lo mencionado por Joaquina Palomar Lever en su estudio “ Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar “ en el cual concluye que la escolaridad de los sujetos así como la de sus respectivos padres influye en la percepción que tienen del funcionamiento familiar, donde recalca que los sujetos con una escolaridad media tienen una percepción mas desfavorable del funcionamiento familiar, en comparación con los que tienen una escolaridad baja. Además se observó que la edad, el sexo y el nivel socioeconómico son aspectos que influyen en la percepción de la funcionalidad.

La estructura que predominó fue la nuclear con un 60.1% , encontrando como dato agregado que aquellos adolescentes que pertenecen a familias extensas, donde los límites externos son difusos y la geografía está ausente eran quienes presentaban nivel de riesgo moderado o alto de presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. (Tabla 9)

Las familias encuestadas de acuerdo a su desarrollo son aproximadamente similares en porcentaje, 49% modernas y 50% tradicionales, ello se contrapone con la idea de que la mayoría de las mujeres trabaja fuera de casa, como se menciona en el marco teórico como parte de los factores de riesgo familiares. (Tabla 10).

La mayoría de las familias de los alumnos encuestados son integradas. Sin embargo en el marco teórico y la hipótesis se hace alusión a familias desintegradas y nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. (Tabla 11)

El resultado más alto se observa en jerarquía compartida por ambos padres. En la hipótesis del estudio se menciona que la jerarquía recae en la madre. Coincidiendo así con lo mencionado en la guía de entrevista para conocer la estructura familiar de Montalvo y Soria, donde dice que una familia funcional es aquella en donde la jerarquía la ejercen ambos padres, lo cual indica una alianza en el subsistema conyugal, una disfunción en dicho subsistema repercute en todos los integrantes de la familia. (Tabla 12)

La Centralidad positiva en la mayoría de las familias recayó en la madre aunque no en un porcentaje significativo y en los casos en los que se presentó centralidad negativa esta fue mas elevada en los hijos debido a problemas relacionados con la escuela, los amigos, el consumo de sustancias, etc. (Tablas 13 y 14)

Casi no se presenta periferia y en las familias en donde la periferia estuvo presente, el mayor porcentaje es el de Periferia que recae en el padre, seguido de periferia que recae en los hijos. Ello también corresponde a lo descrito por Montalvo y Soria. En lo referente a hijos periféricos, fue mencionado por los adolescentes como una forma de no permanecer casa , logrando así apartarse de los problemas familiares, ello pudiera considerarse un factor de riesgo importante lo cual sería motivo de otro estudio.(Tabla 15)

Los límites en subsistema conyugal, parental y al exterior se observaron claros en la mayoría de los adolescentes encuestados, que de acuerdo a Minuchin los límites claros y flexibles en los diferentes subsistemas, son los idóneos para que el individuo pueda satisfacer sus necesidades psicológicas lo cual explica lo encontrado en el nivel de riesgo para presentar problemas derivados del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, que mencionaremos mas adelante. (Tablas 16, 17 y 18)

En el caso de límites difusos al exterior en familias extensas o compuestas, también se observaron riesgo moderado y alto para presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, Alcohol y sustancias psicoactivas.

En la mayoría de las familias de los adolescentes se observaron geografía presente, conflictos ausentes, sobreinvolucramiento ausente, padre en función de un hijo ausente, lo cual también corresponde a familias funcionales estructuralmente hablando, según lo referido por Montalvo en su artículo: "Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado".(Tablas 19, 20, 21 y 22).

Respecto al nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de sustancias, llama la atención que casi 30% de los alumnos encuestados manifiesten un riesgo moderado de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco. (Tabla 23)

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 se menciona que 60% de la población joven había probado o consume el cigarrillo en algún momento durante su vida, sin embargo no especifica el patrón de consumo (Frecuencia, cantidad, problemas derivados), ni el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo.

El resultado encontrado también se contrapone con lo mencionado por la ENA 2008 quien reporta una tendencia a la disminución de 2002 a 2008 y la encuesta GATS 2009, la cual reporta que el 15.9% de la población mayor de 15 años es fumadora actual. Nuestro resultado fue el doble de lo que ellos reportaron.

En cuanto al alcohol, se encontró que la mitad de los alumnos encuestados han tenido o tienen riesgo bajo de presentar patologías derivadas del consumo de alcohol, ya que consumen o han consumido alcohol alguna vez en su vida, sin que su patrón de consumo les pueda ocasionar algún problema de salud derivado del mismo, sin embargo de acuerdo a las estadísticas mencionadas previamente, la prevalencia aumenta con la edad, por lo que hacer un trabajo preventivo a este nivel aumenta la prioridad. (Tabla 24).

En el caso de Cannabis, cocaína, Anfetaminas, Alucinógenos, Inhalantes, Tranquilizantes, Opiáceos, otros y consumo por vía inyectada, los alumnos que presentaron nivel de riesgo de problemas de salud derivados del consumo fue mínimo. Predominaron los alumnos sin riesgo (Tabla 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31,32 y 33).Ningún alumno de los encuestados ha consumido alguna droga por vía inyectada.

La ENA, 2008, muestra un incremento en el consumo alguna vez de drogas ilegales y médicas en la población en general (hombres y mujeres) , en comparación con 2002, donde los hombres son los que reportan mayores consumos. La marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios. En tanto, en la cocaína se observó un incremento del 1.4%, en 2002, a 2.4% en el 2008.

Otro incremento reportado por la ENA 2008, fue la dependencia a drogas, que pasó del 0.4% al 0.6% para el 2008, representando a casi 450 mil personas entre los 12 y 65 años.

En las demás drogas, las prevalencias se mantienen bajas y son menores al 1%.

Lo cual coincide con lo encontrado por nosotros.

Hablando de tipología familiar según la integración y nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados por el consumo de tabaco, el último resultado se asemeja a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias integradas presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco. Sin embargo llama la atención que 58 familias integradas presentaron riesgo moderado. (Tabla 33).

De lo observado en la tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, se asemeja a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias integradas presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas Alcohólicas. 111 familias integradas presentaron riesgo bajo. (Tabla 34).

De acuerdo a los límites en subsistema parental y nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, el resultado corresponde a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias con límites claros presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco. 84 familias con límites claros y 49 con límites difusos se observaron sin riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco. (Tabla 35).

En el caso de los límites en subsistema parental y riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas. El resultado se semeja a lo planteado por la hipótesis en la cual mencionamos que las familias con límites claros presentan menor riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas. 84 familias con límites claros y 54 con límites difusos se observaron con riesgo bajo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas (Tabla 36).

Respecto a la Jerarquía encontrada en los adolescentes encuestados y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco lo encontrado coincide con lo mencionado en la hipótesis. Donde se observó menos riesgo fue en familias donde la jerarquía recae en ambos padres en un total de 79 familias seguido por aquellas donde la jerarquía recae en la madre con 40 familias. (Tabla 37).

En la Jerarquía encontrada en los adolescentes encuestados y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas el resultado mas significativo es en familias en quienes la jerarquía recae en ambos padres donde 88 presentaron riesgo bajo, 46 con riesgo moderado, 4 con riesgo alto, 33 sin riesgo, lo cual coincide con lo mencionado

en la hipótesis y lo mencionado por Minuchin y encontrado por Montalvo en su artículo de estructura familiar y familias con y sin paciente identificado que menciona que las familias estructuralmente mas funcionales son aquellas en donde la Jerarquía la lleva ambos padres .
(Tabla 38).

En cuanto a la periferia, respecto al integrante de la familia en donde recae y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, el resultado mas alto se obtuvo en familias que no presentan periferia, con 85 familias sin periferia y riesgo bajo, lo cual cumple con lo mencionado por Minuchin respecto que en las familias estructuralmente funcionales la Periferia está ausente. (Tabla 39).

En el caso de La periferia, de acuerdo al integrante de la familia en donde recae y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas el riesgo bajo predominó en familias que no presentan periferia, con 81 familias, lo cual coincide con Minuchin y Montalvo, en cuanto a familias estructuralmente funcionales.(Tabla 40).

XI. TABLAS Y GRÁFICAS

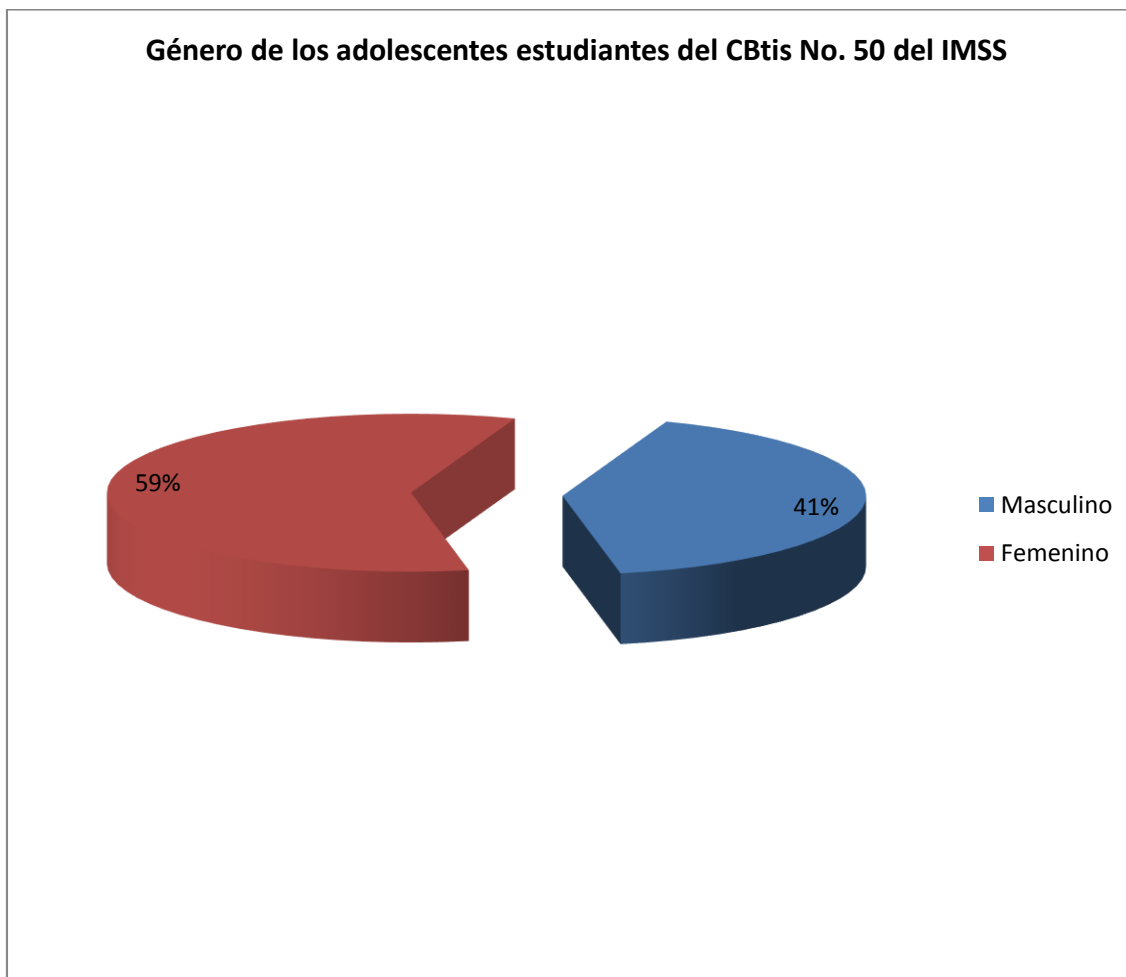
Tabla 1.

Género de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	113	41.4
Femenino	160	58.6
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 1. Adolescentes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 distribuidos por género.



Fuente: Tabla 1.

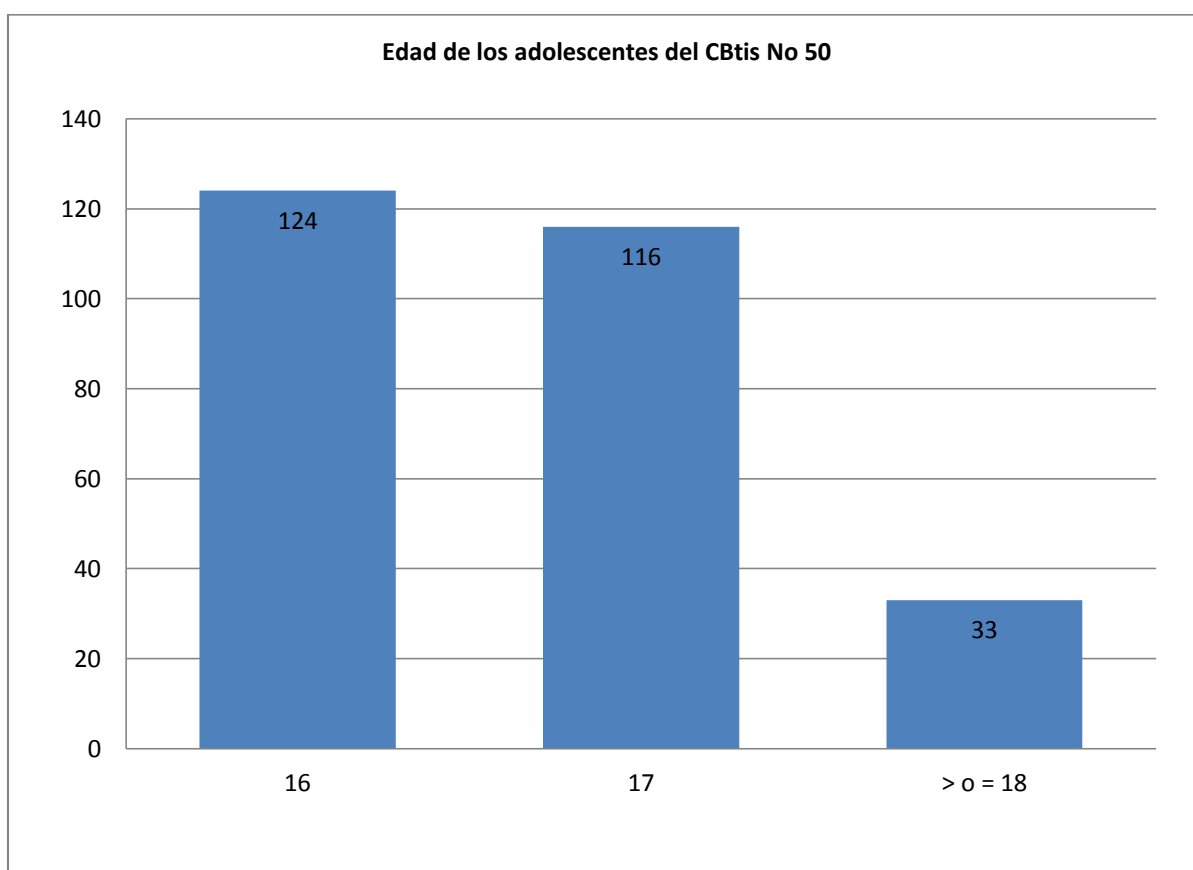
Tabla 2.

Edad de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
16 años	124	45.4
17 años	116	42.5
> o = 18 años	33	12.1
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 2. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS, distribuidos por edad.



Fuente: Tabla 2.

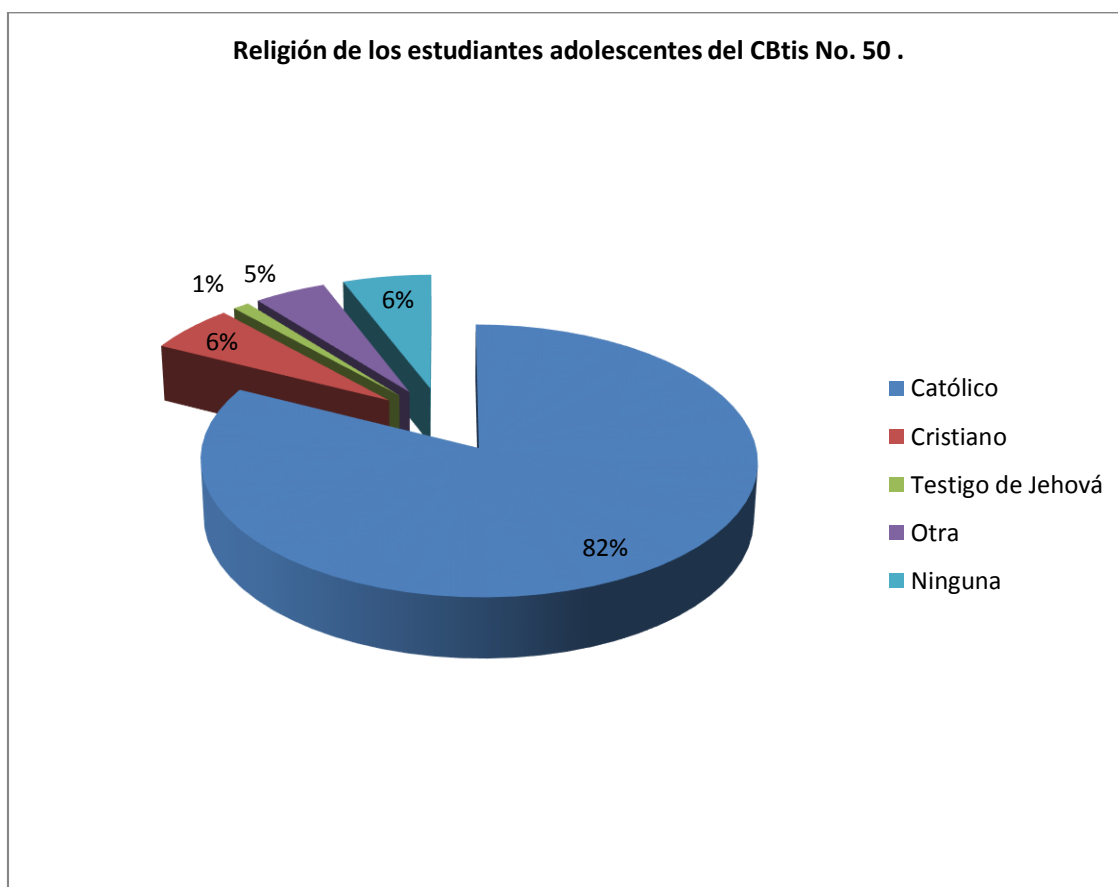
Tabla 3.

Religión que profesan los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Católico	225	82.4
Cristiano	16	5.9
Testigo de Jehová	3	1.1
Otra	13	4.8
Ninguna	16	5.9
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 3. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS distribuidos según su religión.



Fuente: Tabla 3.

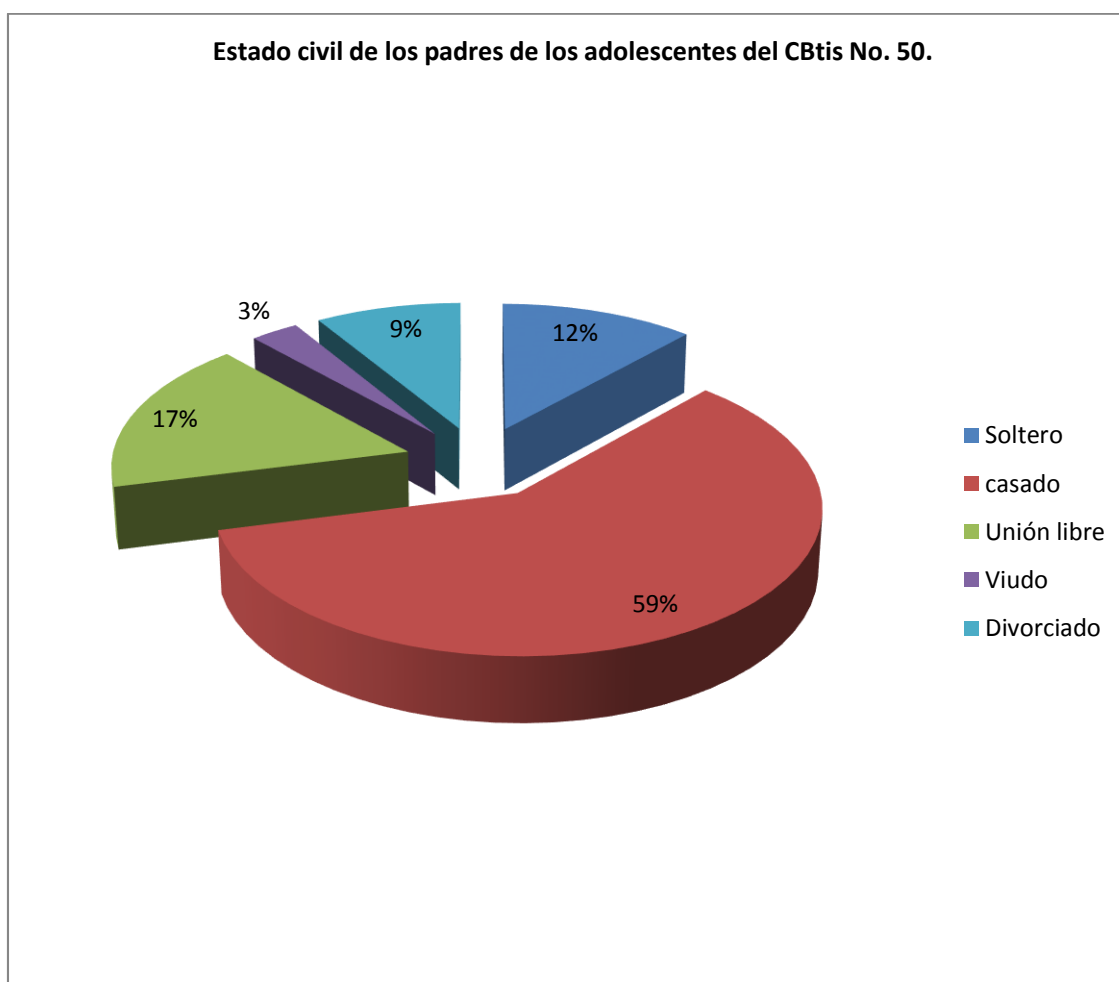
Tabla 4.

Estado civil de los padres de los adolescentes del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	32	11.7
casado	162	59.3
Unión libre	47	17.2
Viudo	8	2.9
Divorciado	24	8.8
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 4. Padres de los adolescentes del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a su Estado Civil.



Fuente: Tabla 4.

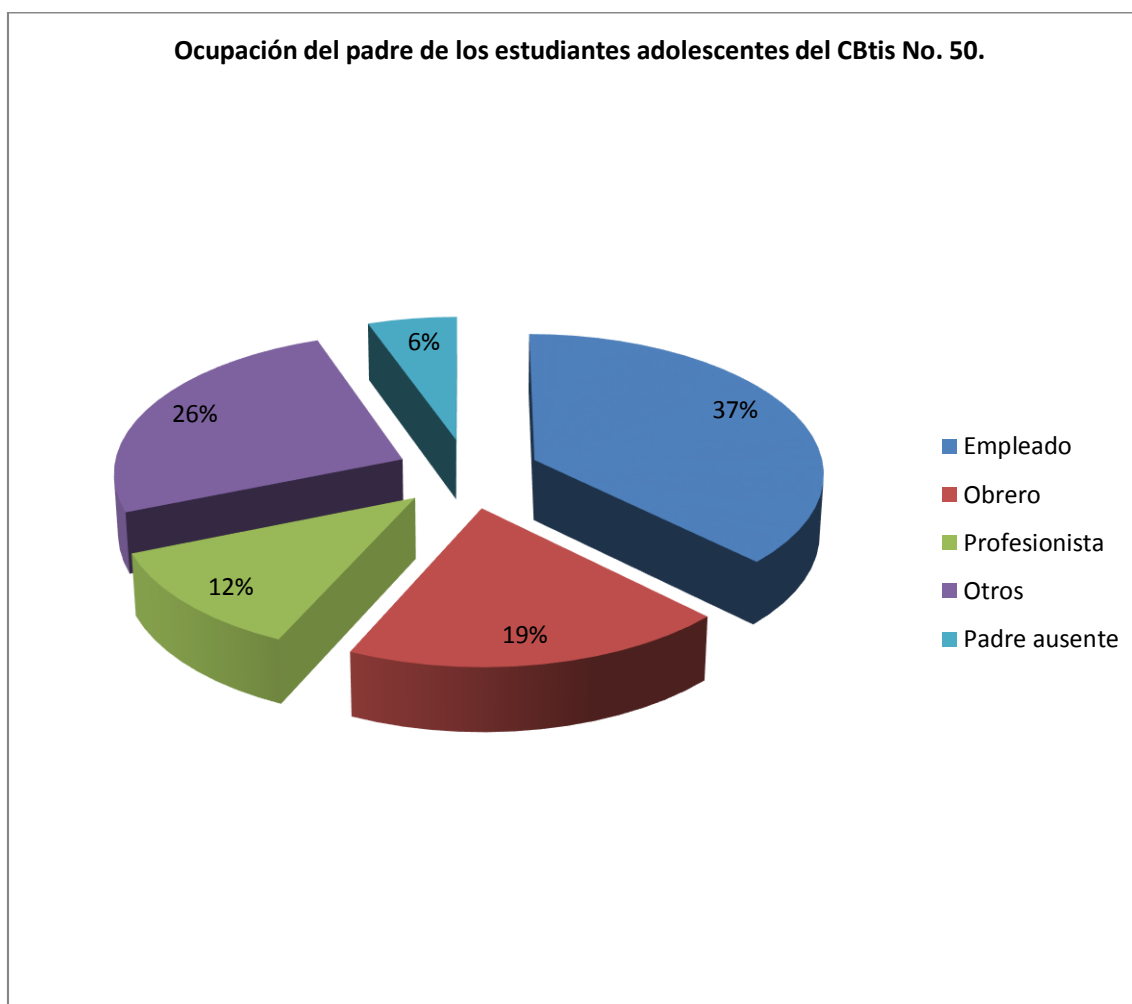
Tabla 5.

Ocupación del padre de los adolescentes del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	102	37.4
Obrero	53	19.4
Profesionista	33	12.1
Otros	70	25.6
Padre ausente	15	5.5
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 5. Adolescentes del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a la ocupación del padre.



Fuente: Tabla 5.

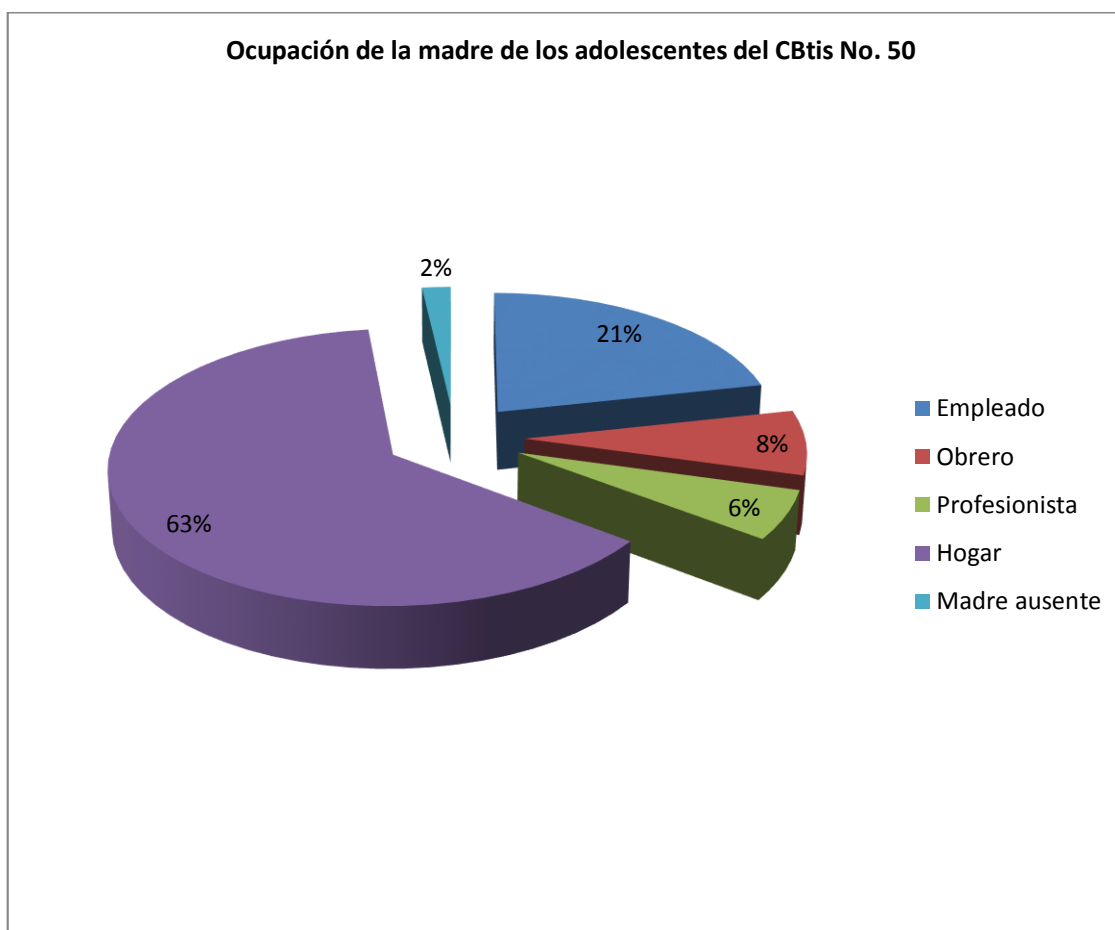
Tabla 6.

Ocupación de la madre de los adolescentes del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	59	21.6
Obrero	21	7.7
Profesionista	16	5.9
Hogar	172	63.0
Madre ausente	5	1.8
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 6. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a la ocupación de la madre.



Fuente: Tabla 6.

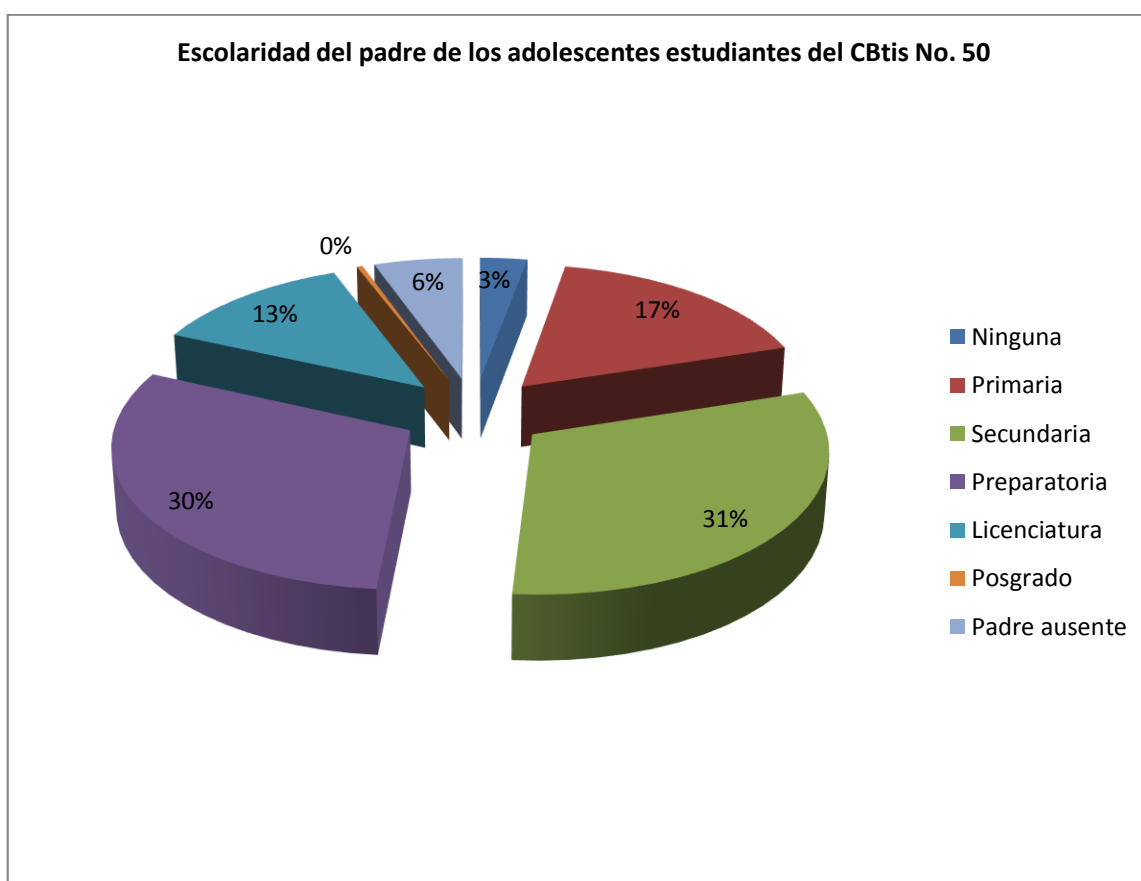
Tabla 7.

Escolaridad del padre de los adolescentes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	8	2.9
Primaria	47	17.2
Secundaria	85	31.1
Preparatoria	83	30.4
Licenciatura	34	12.5
Posgrado	1	.4
Padre ausente	15	5.5
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 7. Adolescentes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS distribuidos acuerdo a la escolaridad del padre .



Fuente: Tabla 7.

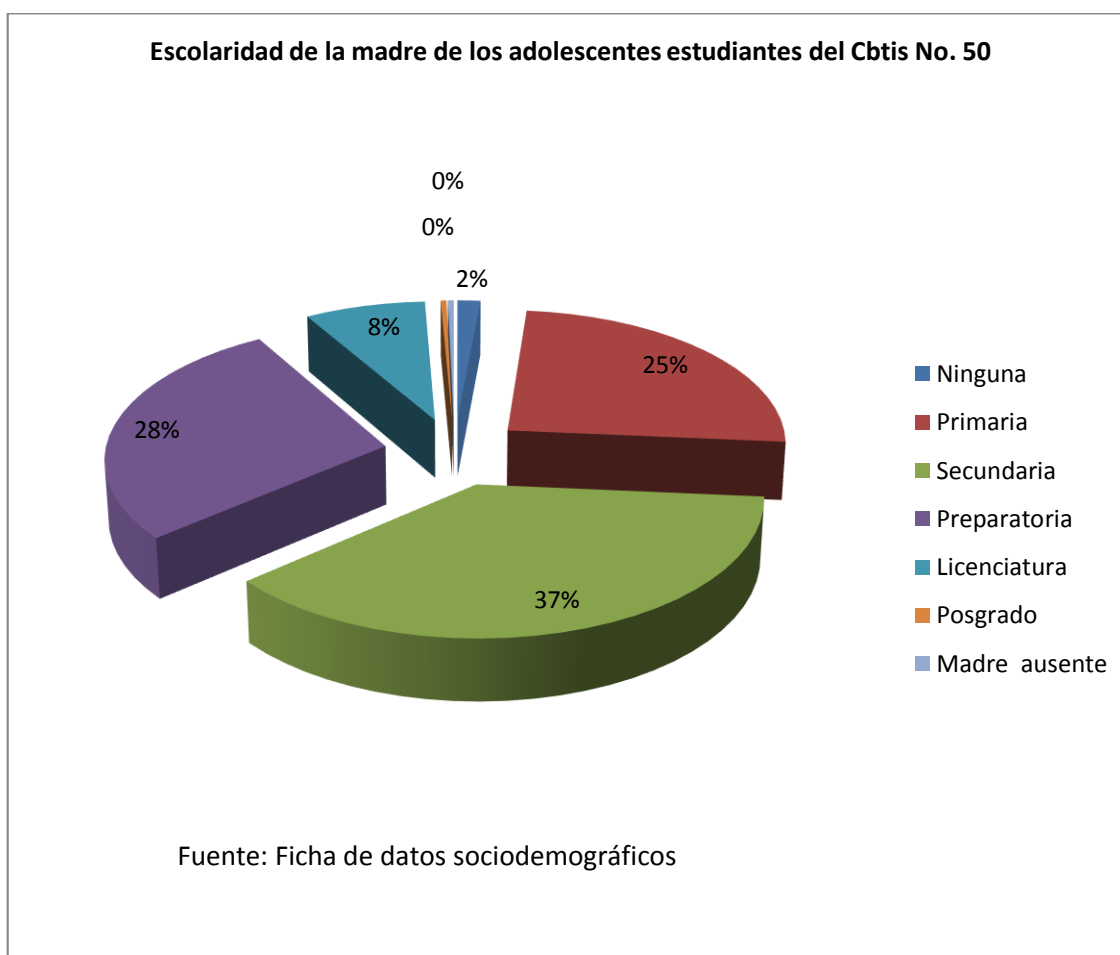
Tabla 8.

Escolaridad de la madre de los adolescentes del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	4	1.5
Primaria	68	24.9
Secundaria	102	37.4
Preparatoria	76	27.8
Licenciatura	21	7.7
Posgrado	1	.4
Madre ausente	1	.4
Total	273	100.0

Fuente: Ficha de datos Sociodemográficos.

Gráfica 8. Adolescentes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF No. 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a la escolaridad de la madre.



Fuente: Tabla 8.

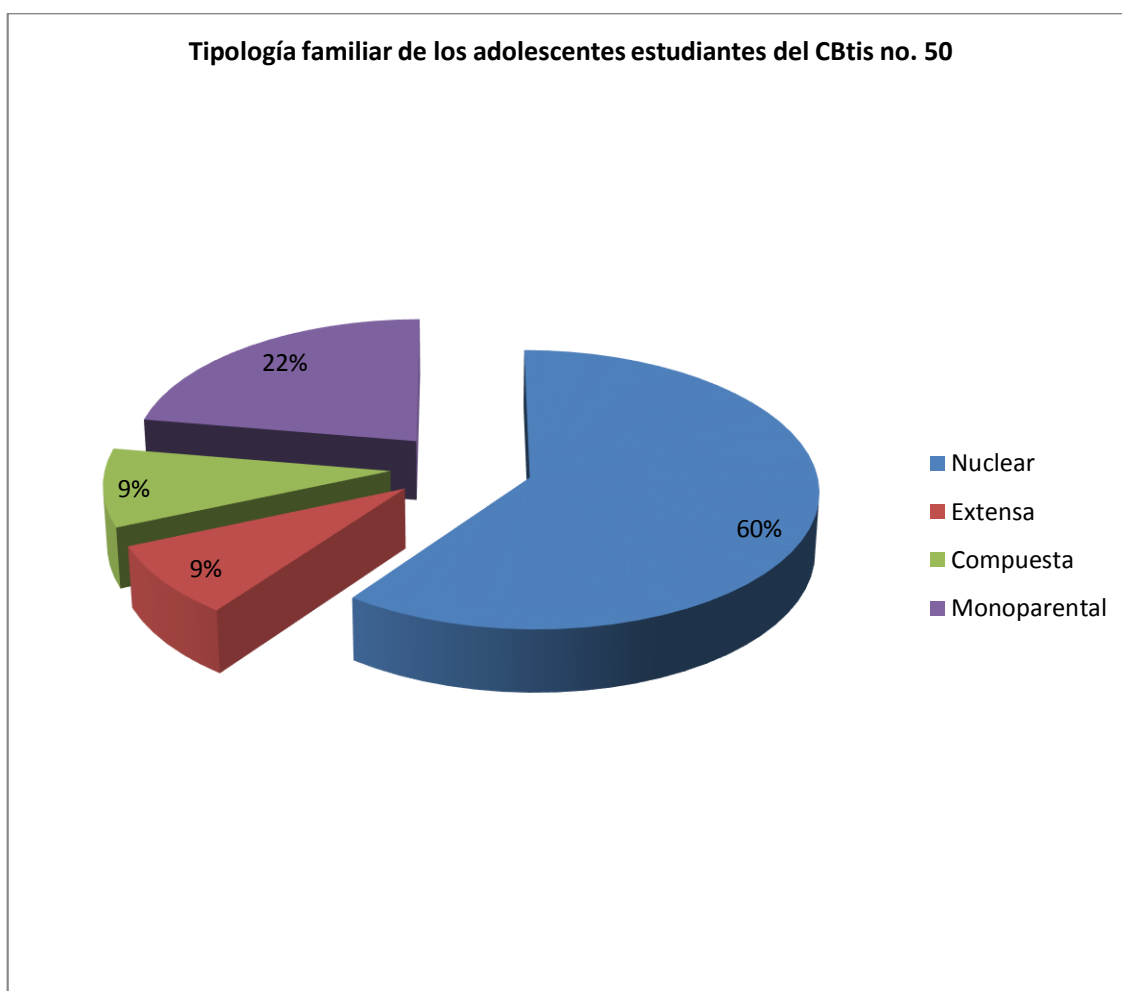
Tabla 9.

Tipología familiar de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	164	60.1
Extensa	23	8.4
Compuesta	25	9.2
Monoparental	61	22.3
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 9. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a su Tipología familiar.



Fuente: Tabla 9.

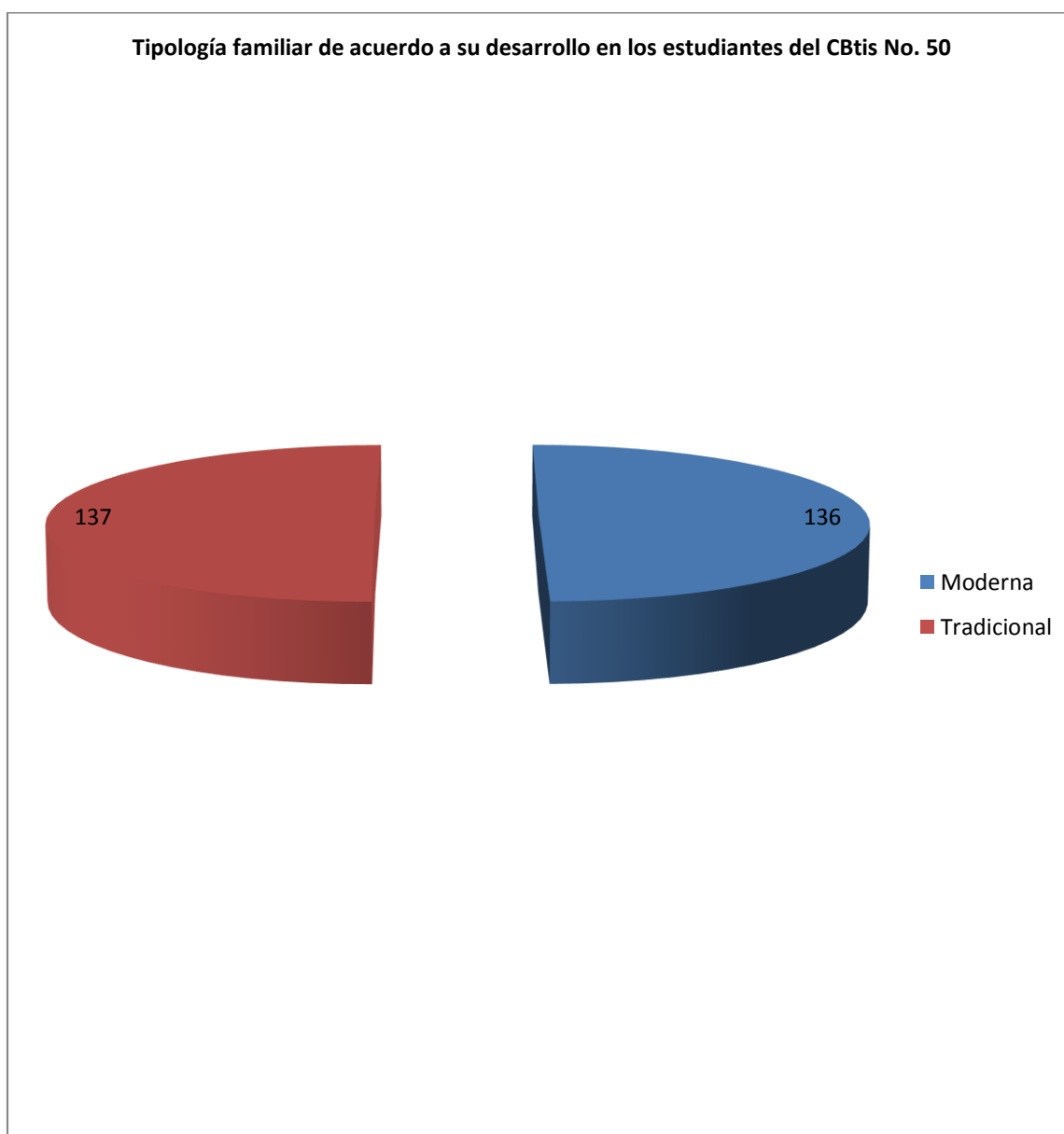
Tabla 10.

Tipología familiar de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS de acuerdo a su desarrollo.

	Frecuencia	Porcentaje
Moderna	136	49.8
Tradicional	137	50.2
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 10. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a su desarrollo.



Fuente: Tabla 10.

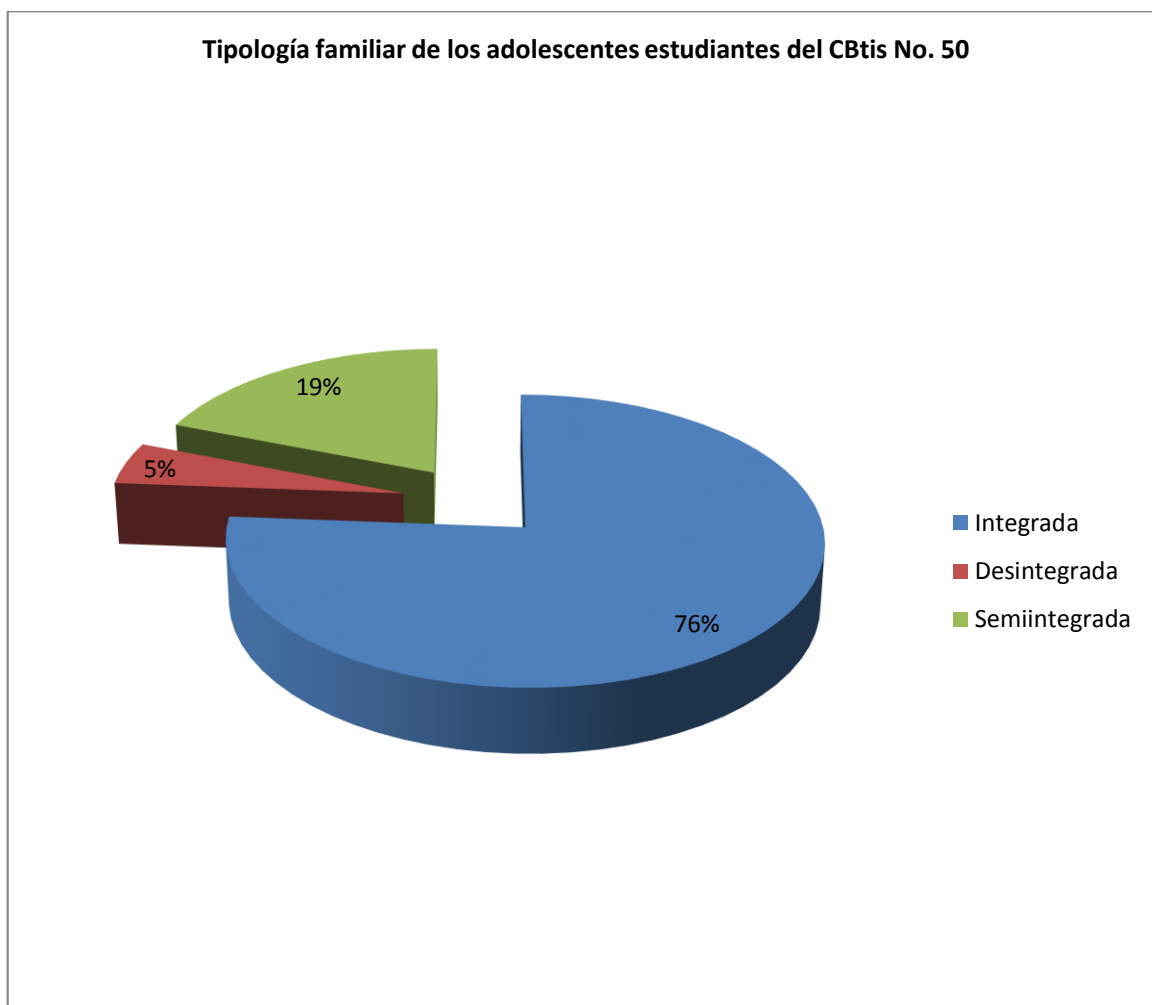
Tabla 11.

Tipología familiar de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS, según su integración.

	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	208	76.2
Desintegrada	13	4.8
Semiintegrada	52	19.0
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 11. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a su integración.



Fuente: Tabla 11.

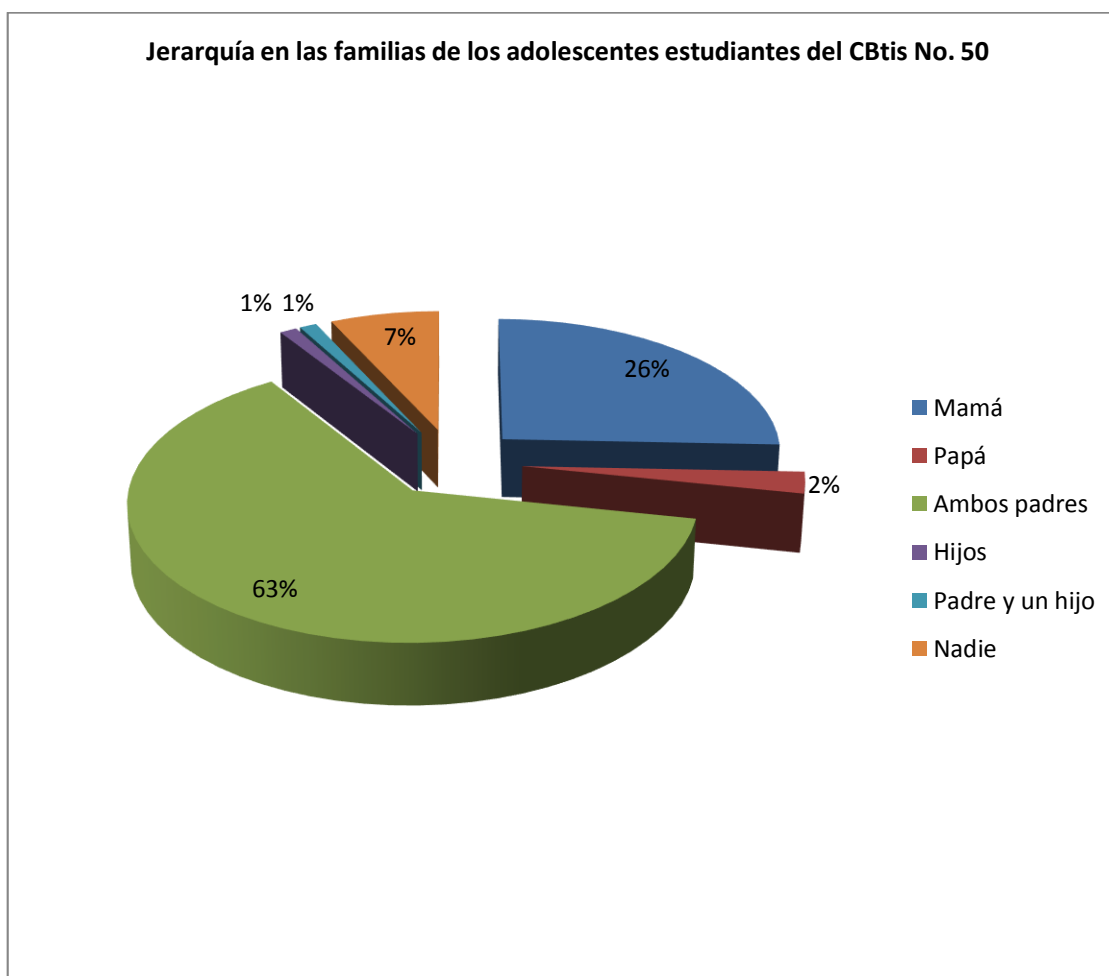
Tabla 12.

Jerarquía en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	70	25.6
Papá	7	2.6
Ambos padres	171	62.6
Hijos	3	1.1
Padre y un hijo	3	1.1
Nadie	19	7.0
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 12. Jerarquía en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS según en el integrante que recae.



Fuente: Tabla 12.

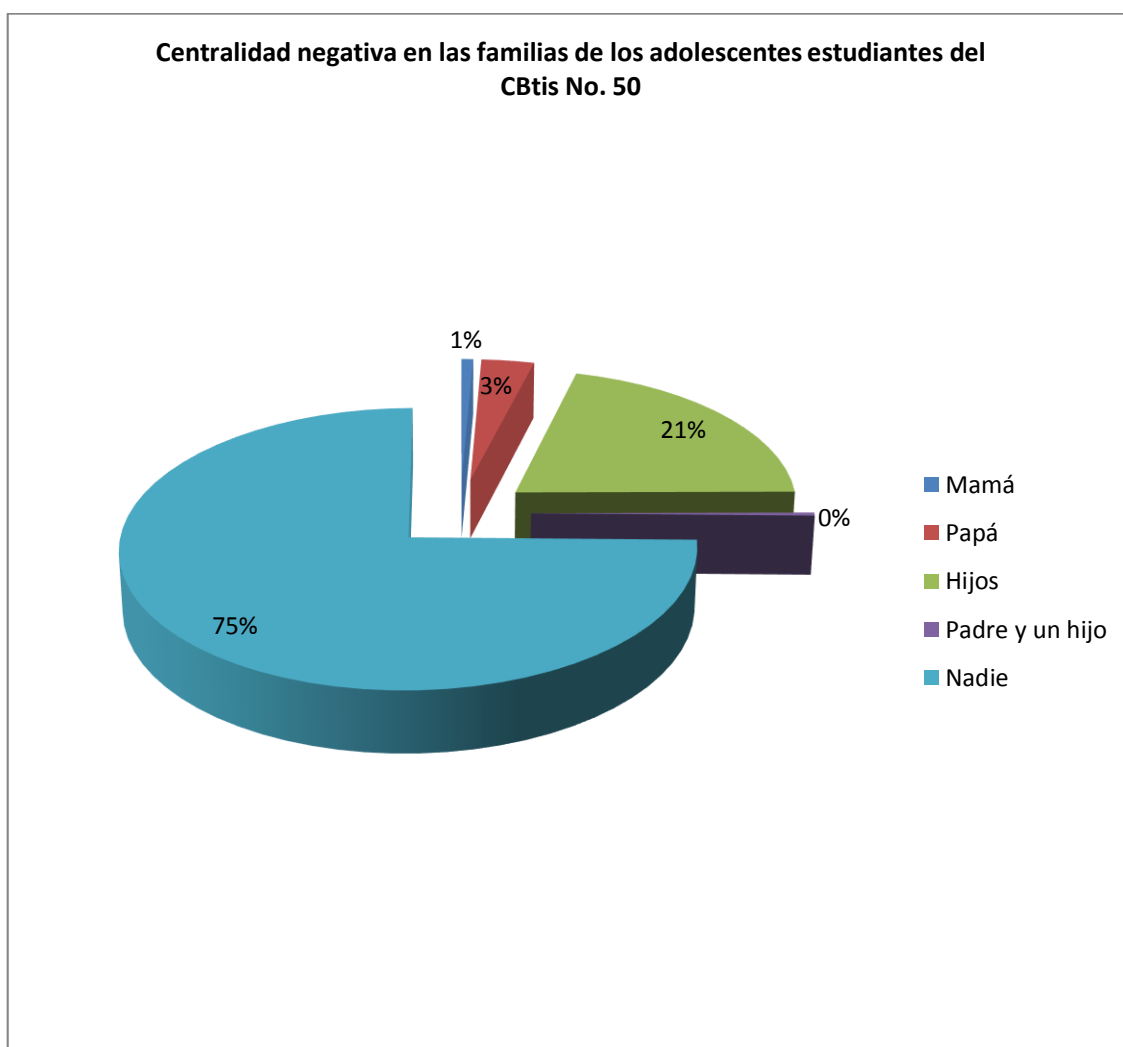
Tabla 13.

Centralidad negativa en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	2	.7
Papá	9	3.3
Hijos	57	20.9
Padre y un hijo	1	.4
Nadie	204	74.7
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 13. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS distribuidos según en el integrante que recae la Centralidad negativa.



Fuente: Tabla 13.

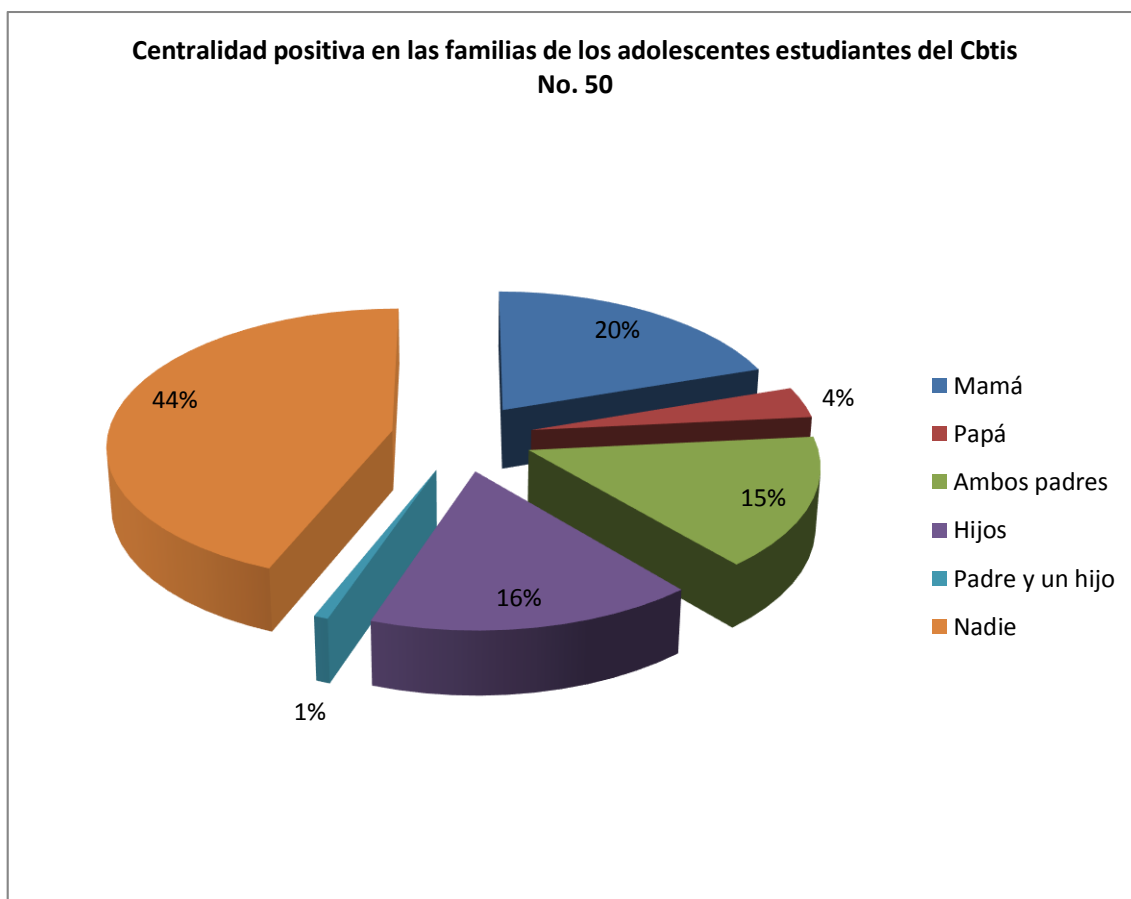
Tabla 14.

Centralidad positiva en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	54	19.8
Papá	10	3.7
Ambos padres	42	15.4
Hijos	45	16.5
Padre y un hijo	2	.7
Nadie	120	44.0
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 14. Centralidad positiva en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS según en el integrante en que recae.



Fuente: Tabla 14.

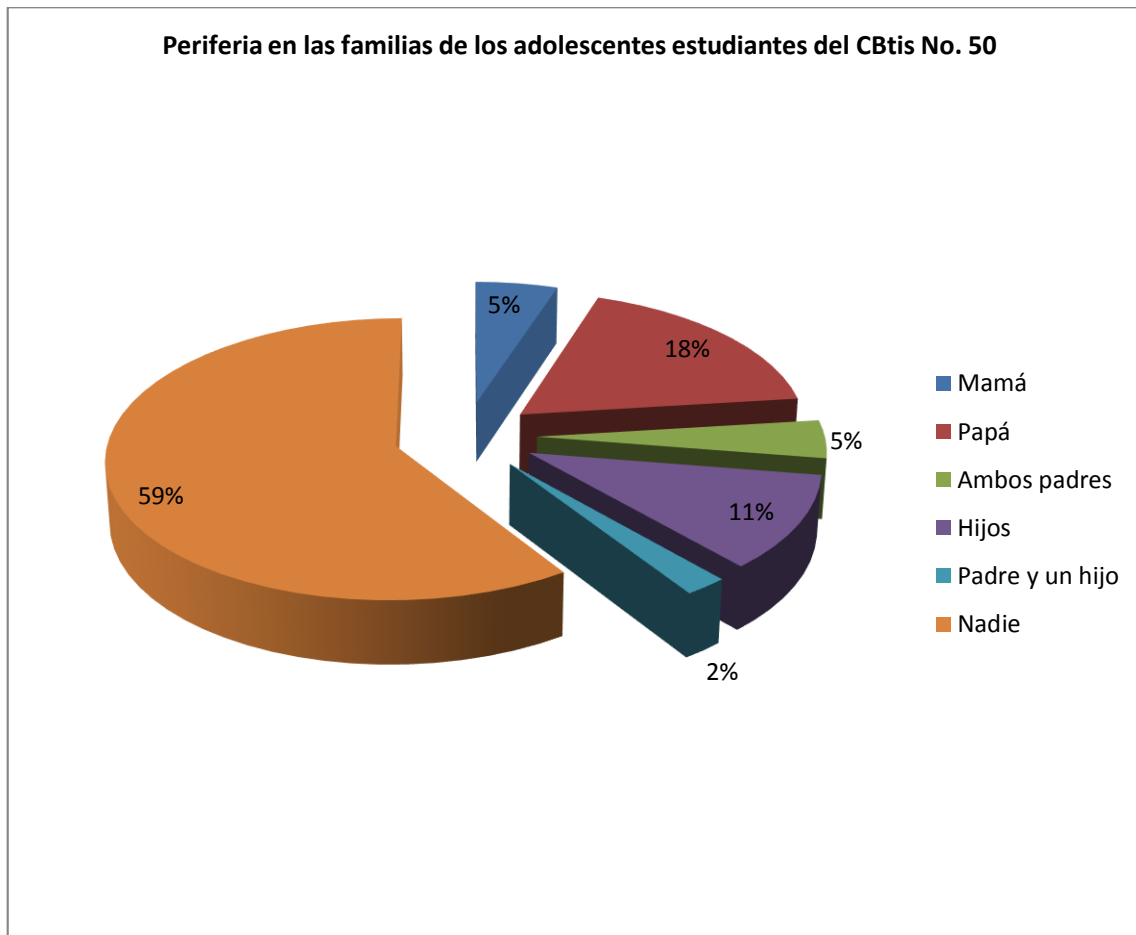
Tabla 15.

Periferia en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	14	5.1
Papá	49	17.9
Ambos padres	12	4.4
Hijos	30	11.0
Padre y un hijo	6	2.2
Nadie	162	59.3
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 15. Periferia en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 15.

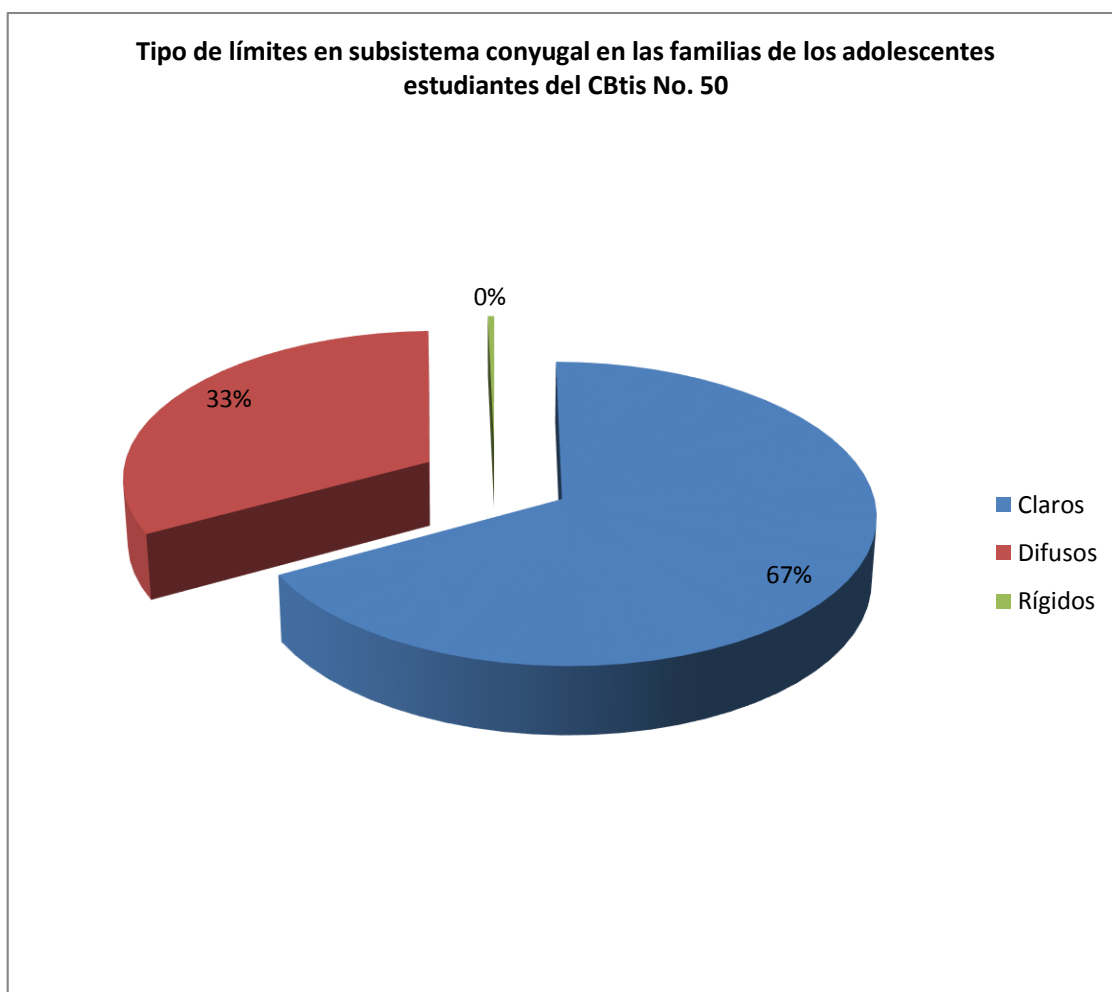
Tabla 16.

Límites en subsistema conyugal en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Claros	183	67.0
Difusos	89	32.6
Rígidos	1	.4
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 16. Tipo de límites en subsistema conyugal en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 16.

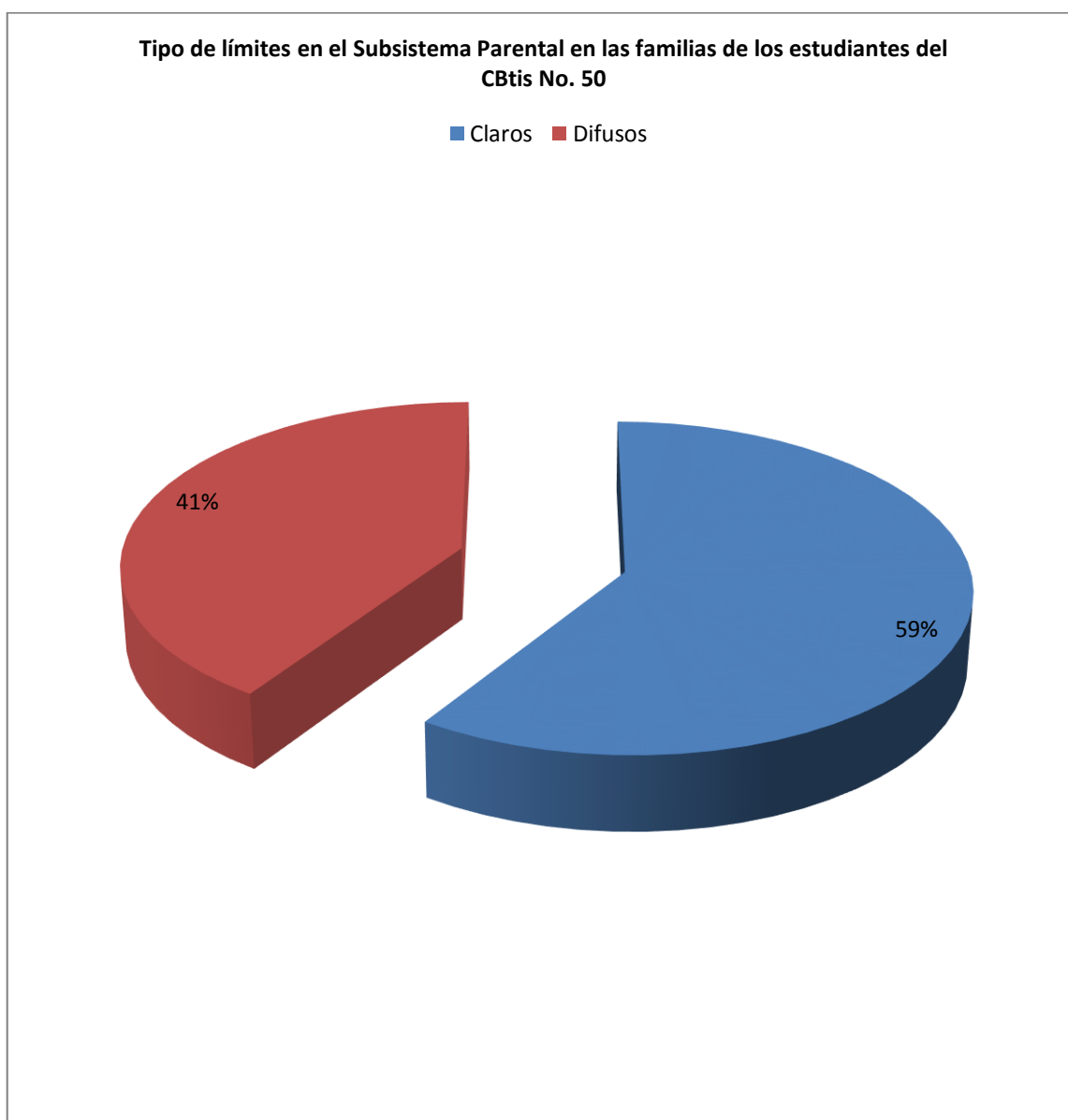
Tabla 17.

Límites en subsistema parental en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Claros	162	59.3
Difusos	111	40.7
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 17. Tipo de límites en subsistema parental en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 17.

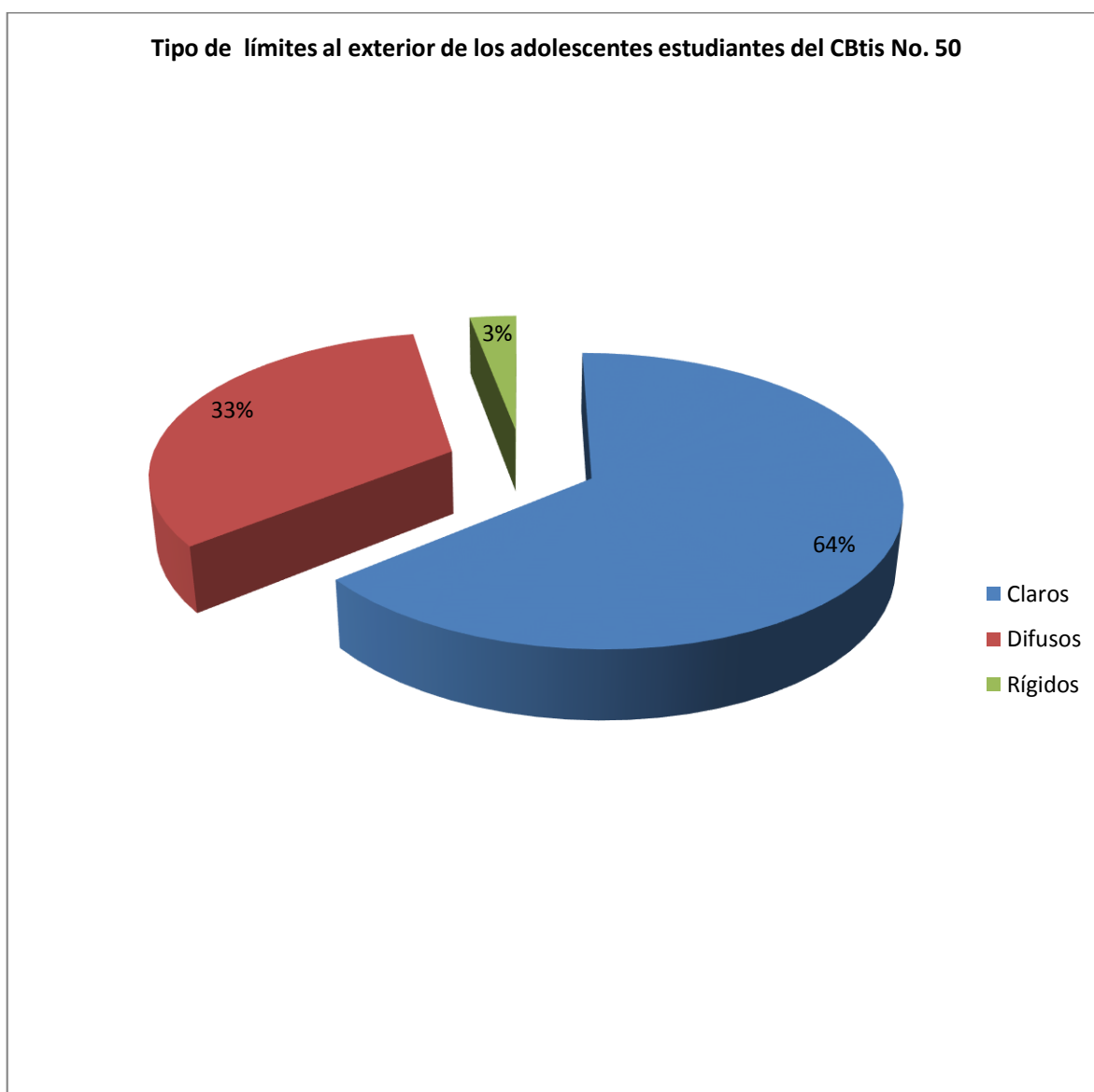
Tabla 18.

Límites al exterior en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Claros	175	64.1
Difusos	90	33.0
Rígidos	8	2.9
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 18. Tipo de límites al exterior de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 18.

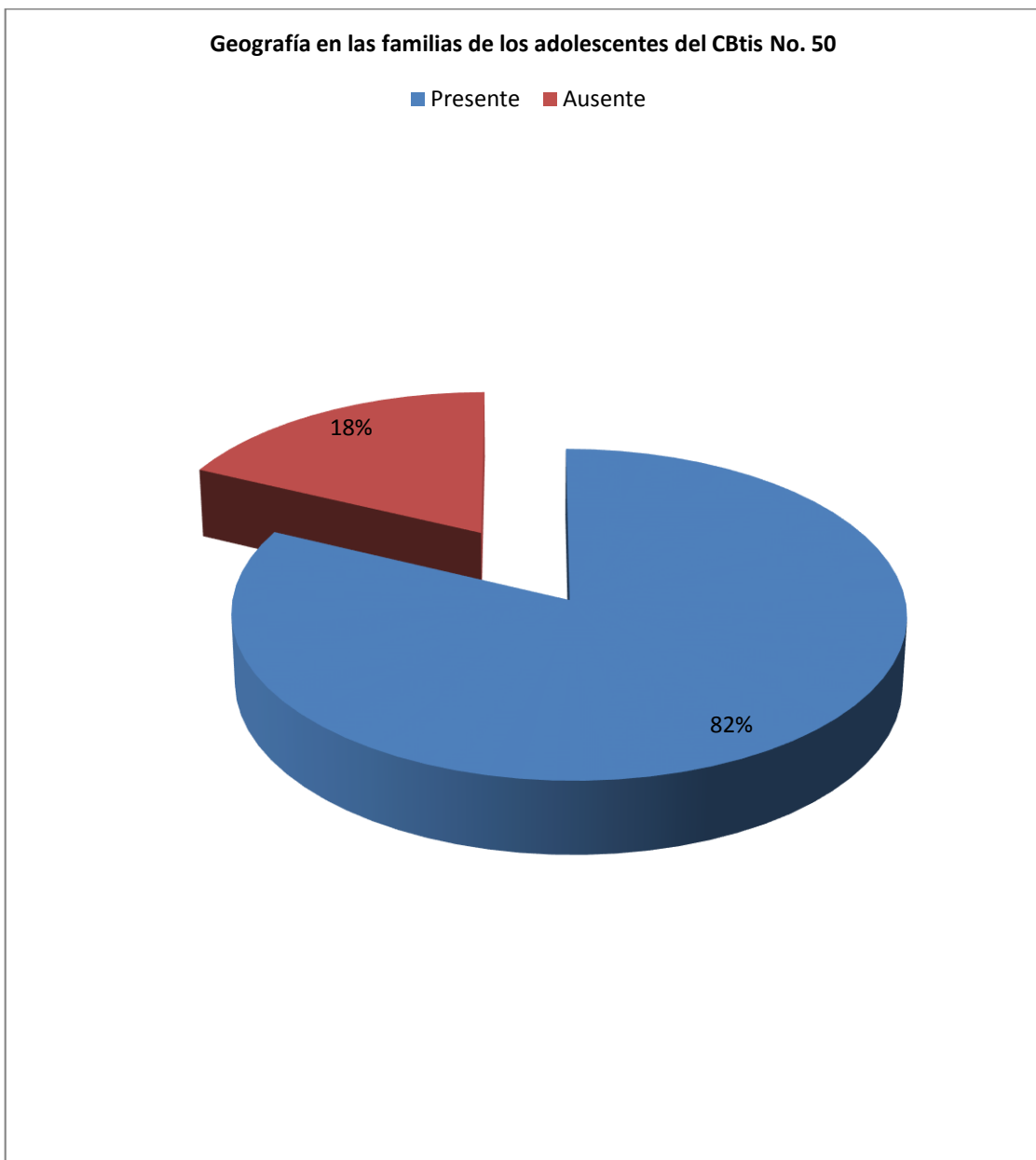
Tabla 19.

Geografía en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Presente	224	82.1
Ausente	49	17.9
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 19. Geografía en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 19.

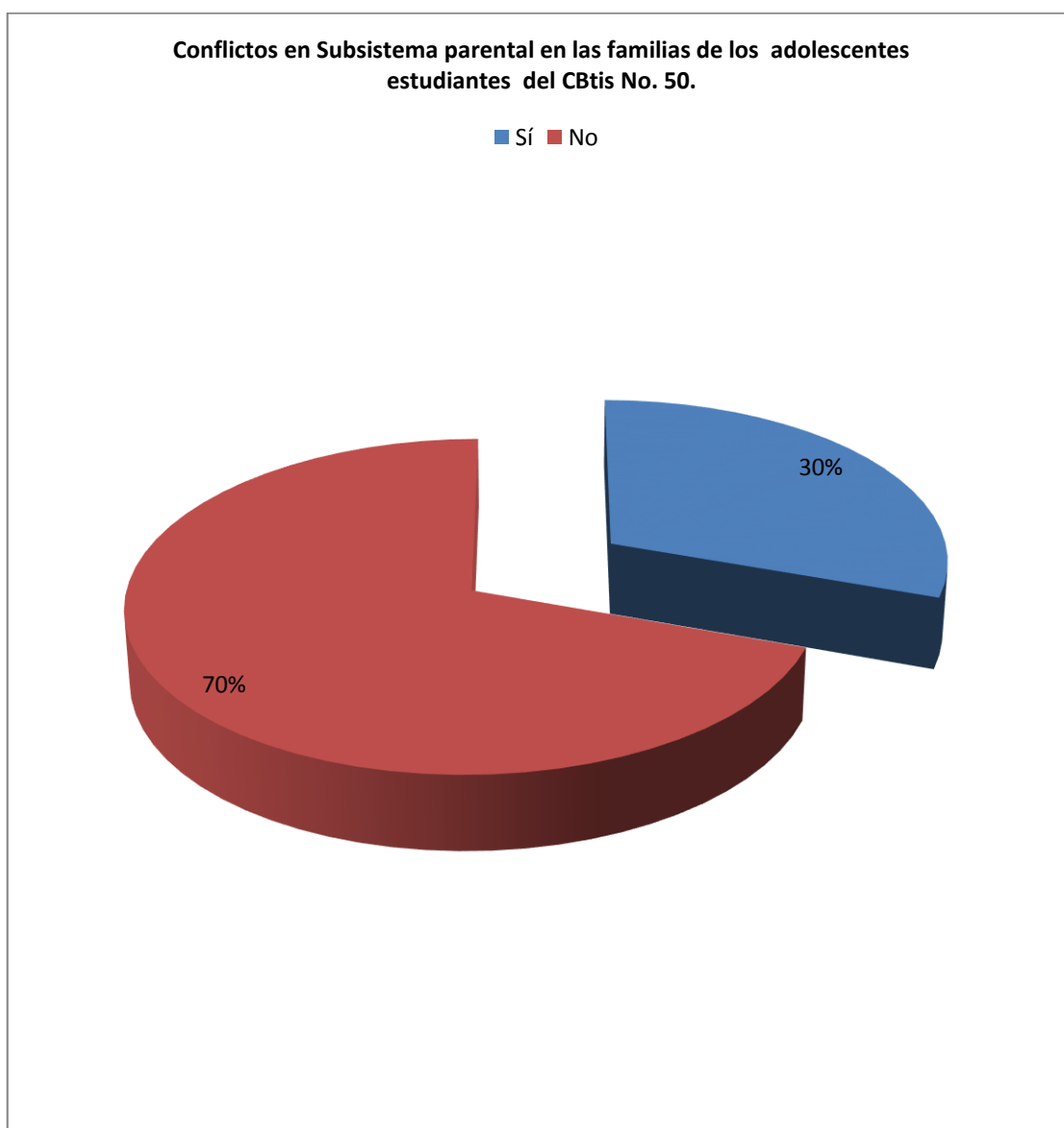
Tabla 20.

Conflictos en subsistema parental en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	83	30.4
No	190	69.6
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 20. Conflictos en subsistema parental en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 20.

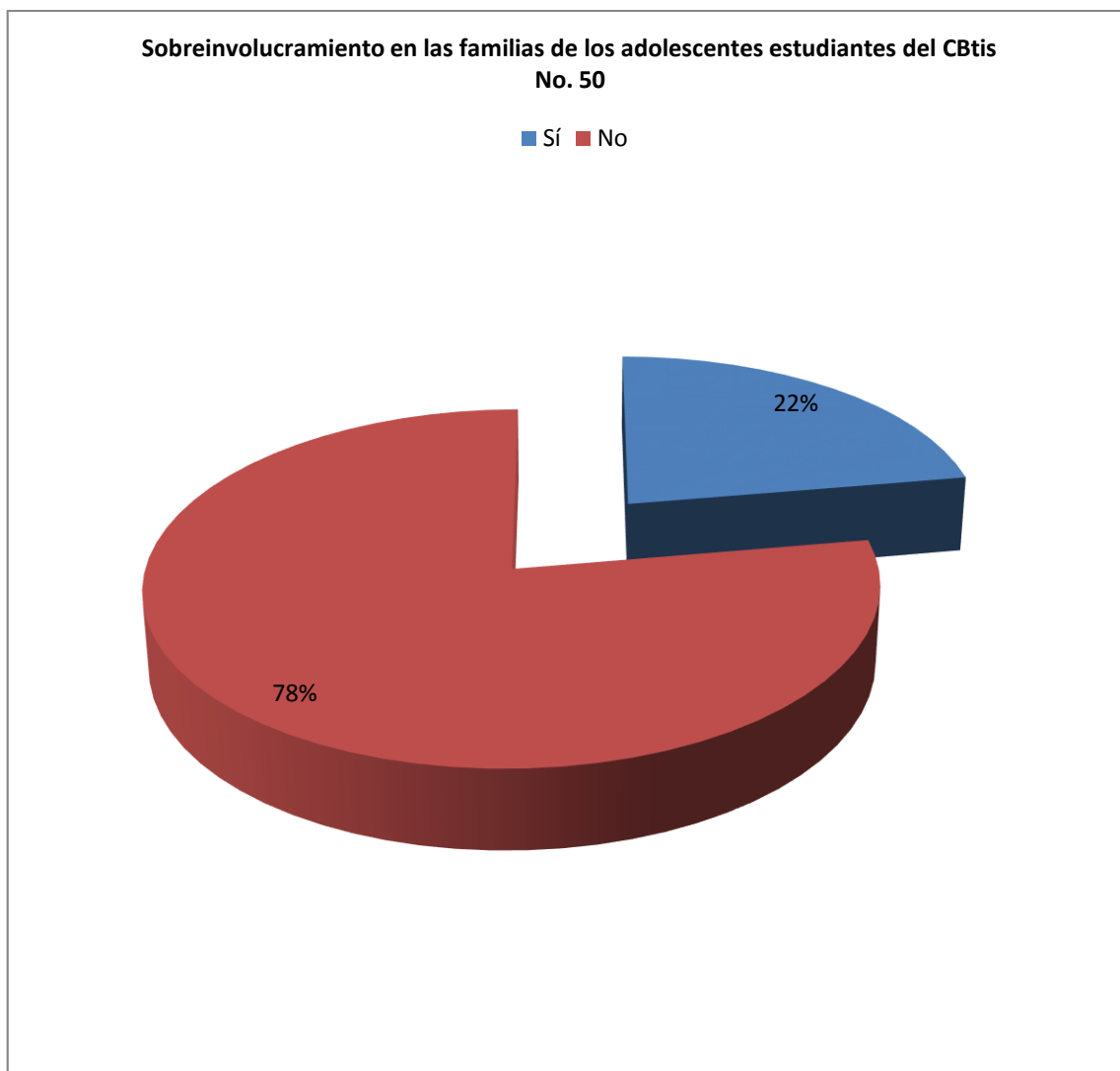
Tabla 21.

Sobreinvolucramiento en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	62	22.3
No	211	77.3
		.4
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 21. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a la presencia de Sobreinvolucramiento.



Fuente: Tabla 21.

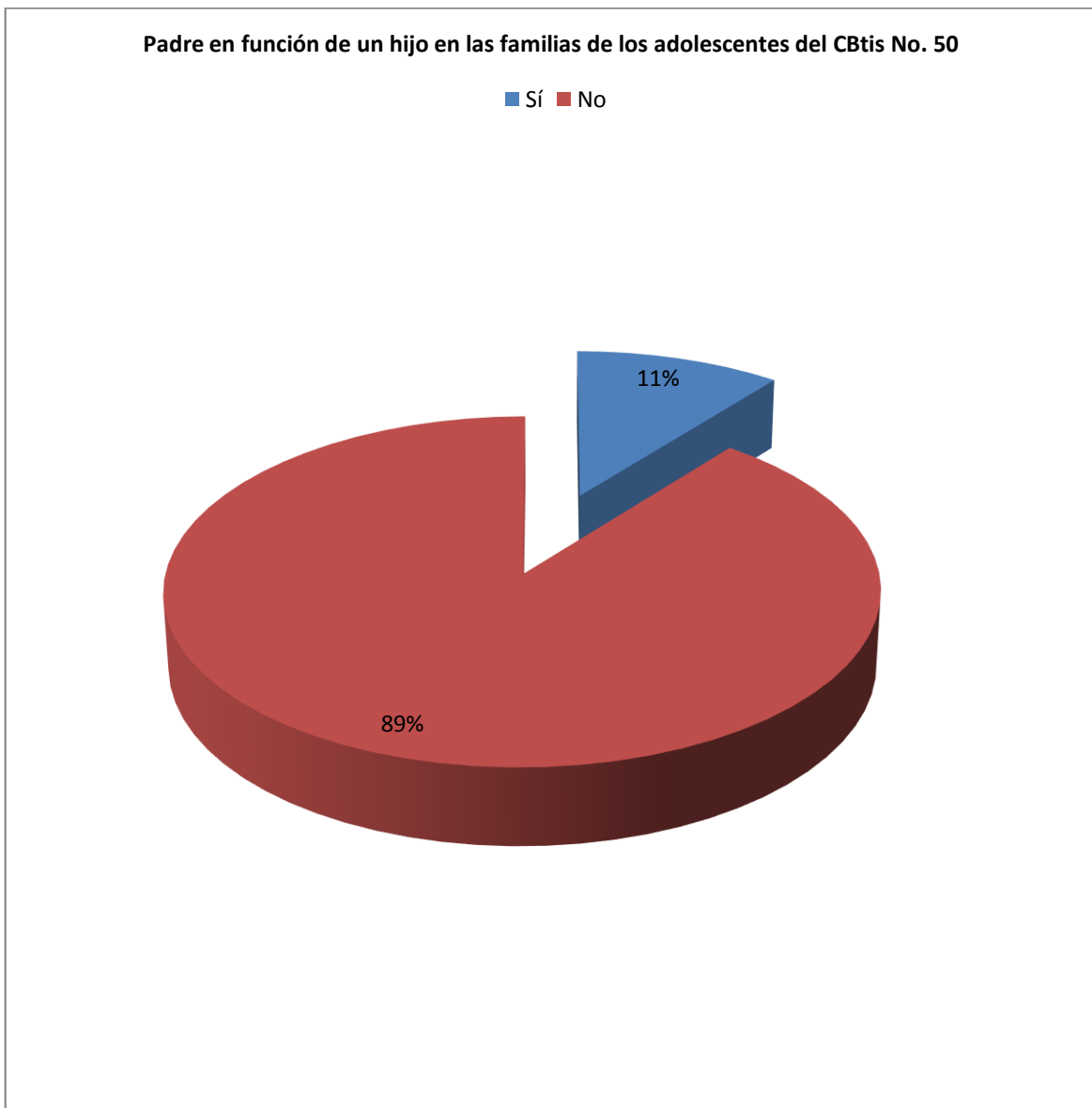
Tabla 22.

Padre en función de un hijo en las familias de los adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	10.6
No	244	89.4
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar

Gráfica 22. Adolescentes estudiantes del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS distribuidos de acuerdo a la presencia de Padre en función de un hijo en sus familias.



Fuente: Tabla 22.

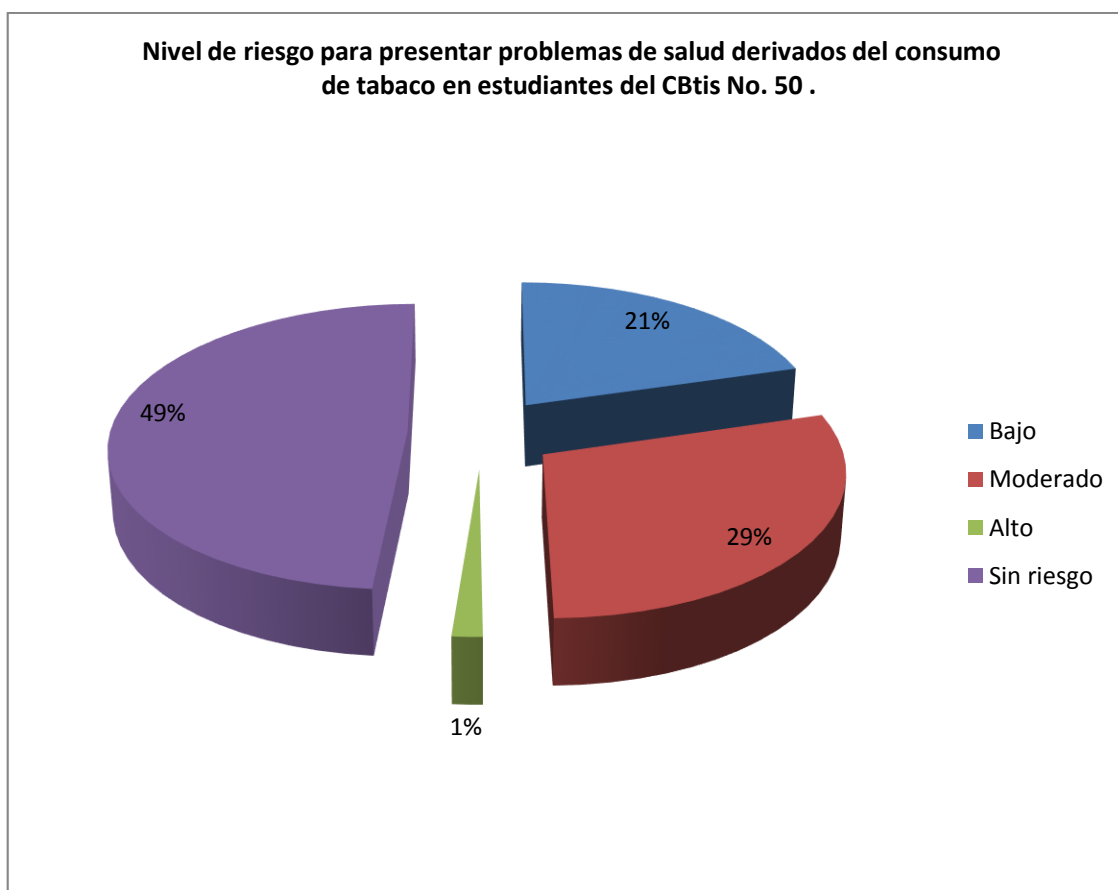
Tabla 23.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	56	20.5
Moderado	80	29.3
Alto	4	1.5
Sin riesgo	133	48.7
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 23. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 23.

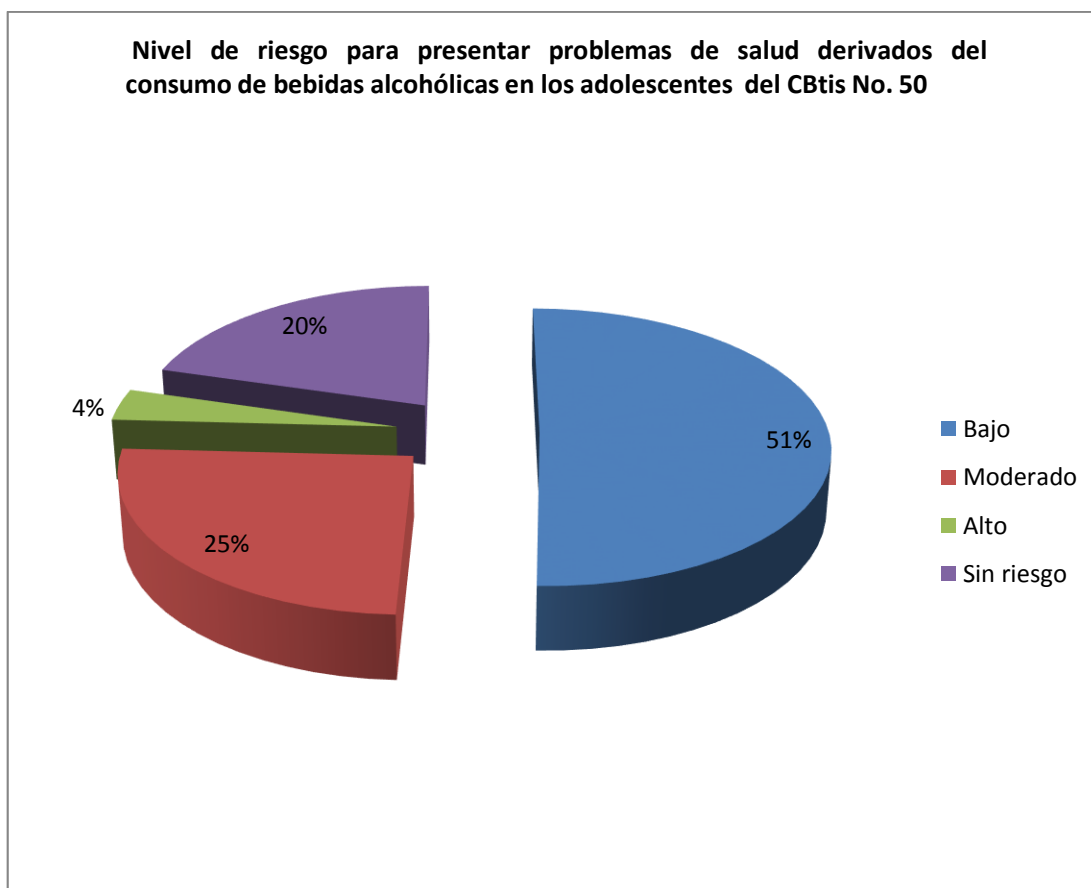
Tabla 24.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	138	50.5
Moderado	69	25.3
Alto	10	3.7
Sin riesgo	56	20.5
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST.

Gráfica 24. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 24.

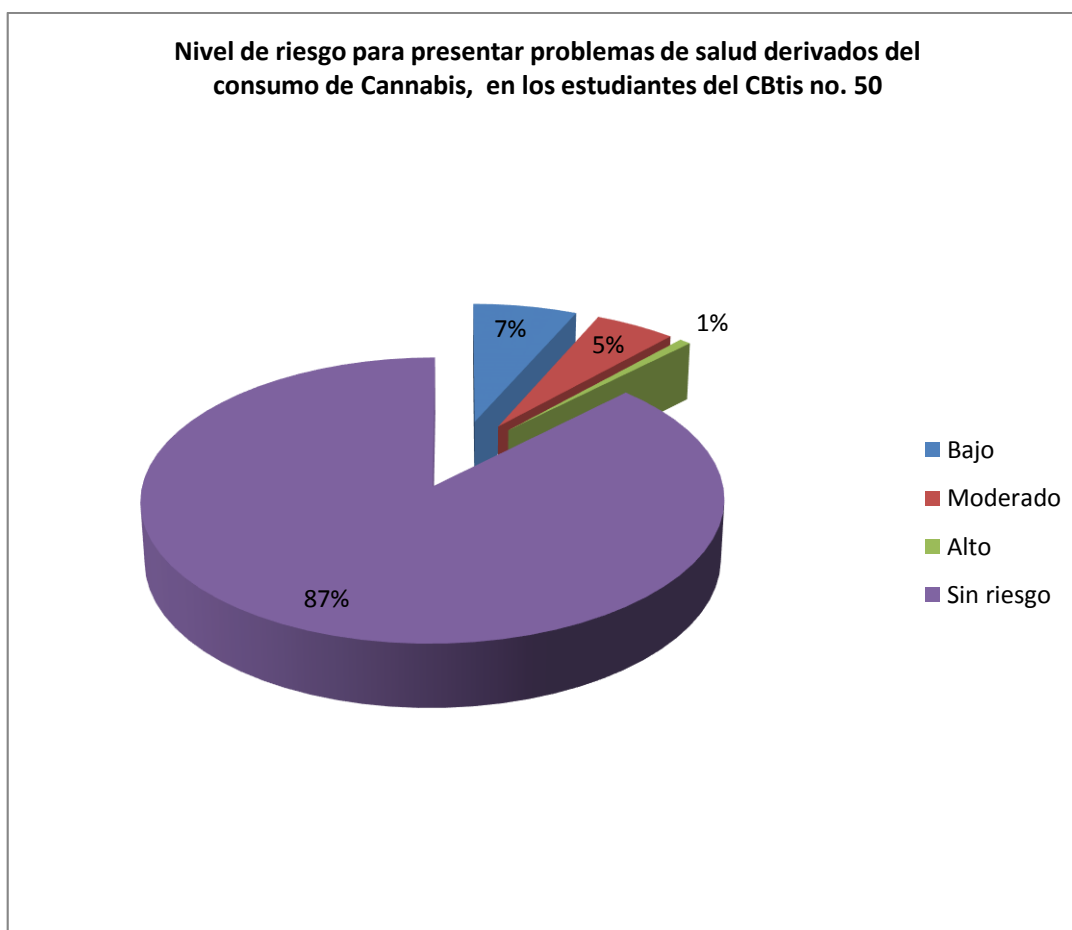
Tabla 25.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cannabis, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	6.6
Moderado	14	5.1
Alto	2	.7
Sin riesgo	239	87.5
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 25. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cannabis, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 25.

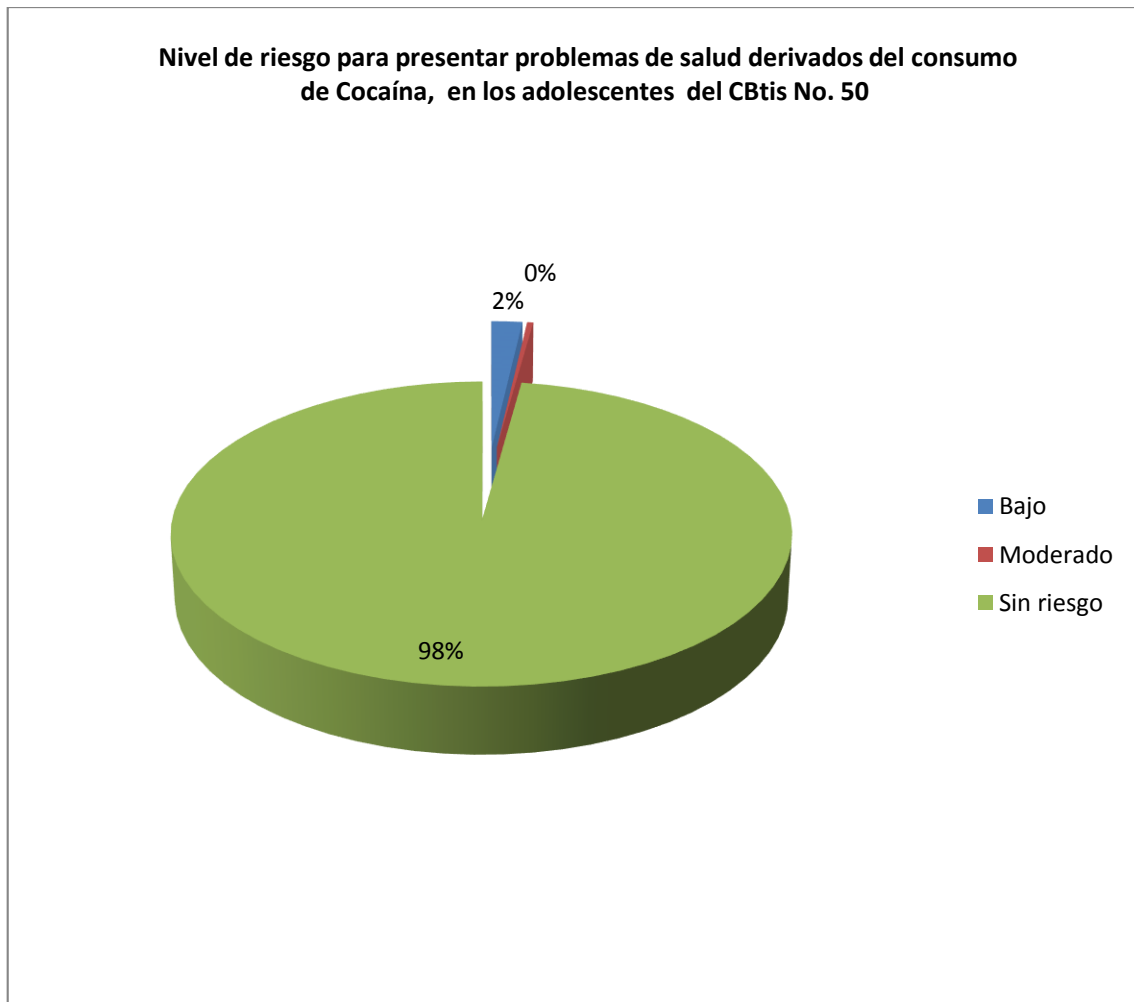
Tabla 26.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cocaína, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	1.8
Moderado	1	.4
Sin riesgo	267	97.8
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 26. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Cocaína, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 26

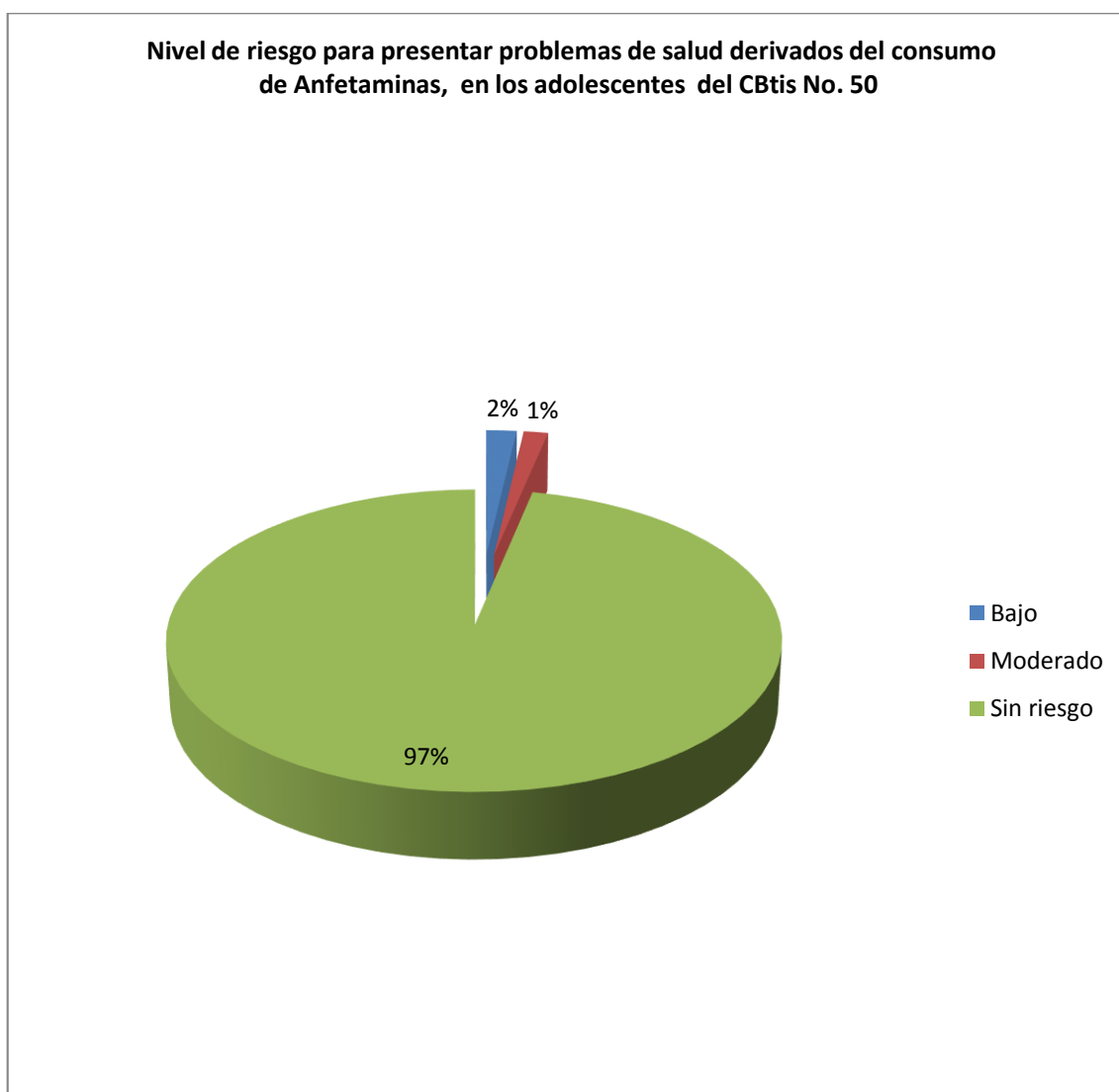
Tabla 27.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Anfetaminas, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	1.8
Moderado	4	1.5
Sin riesgo	264	96.7
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 27. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Anfetaminas, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente : Tabla 27.

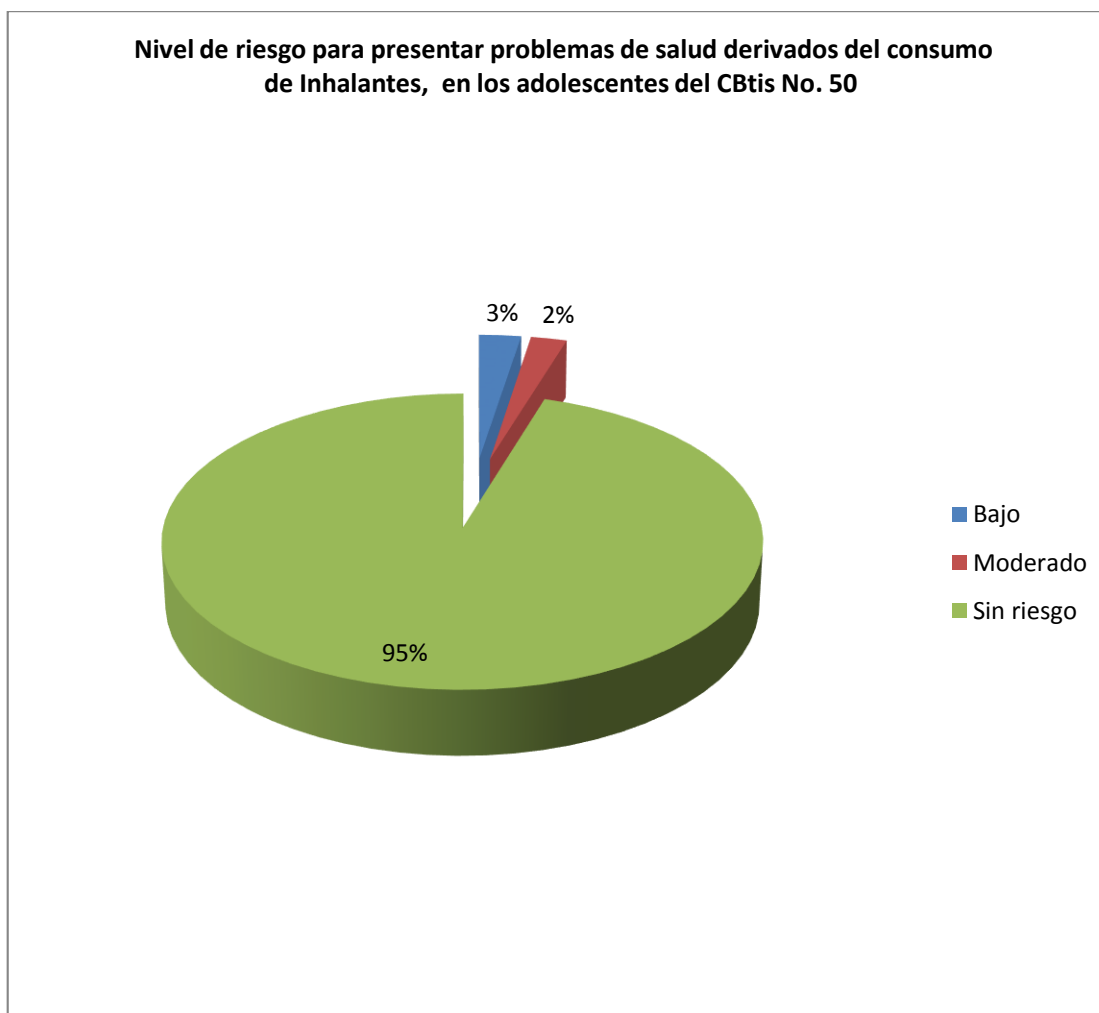
Tabla 28.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Inhalantes, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	2.6
Moderado	6	2.2
Sin riesgo	260	95.2
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 28. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Inhalantes, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 28.

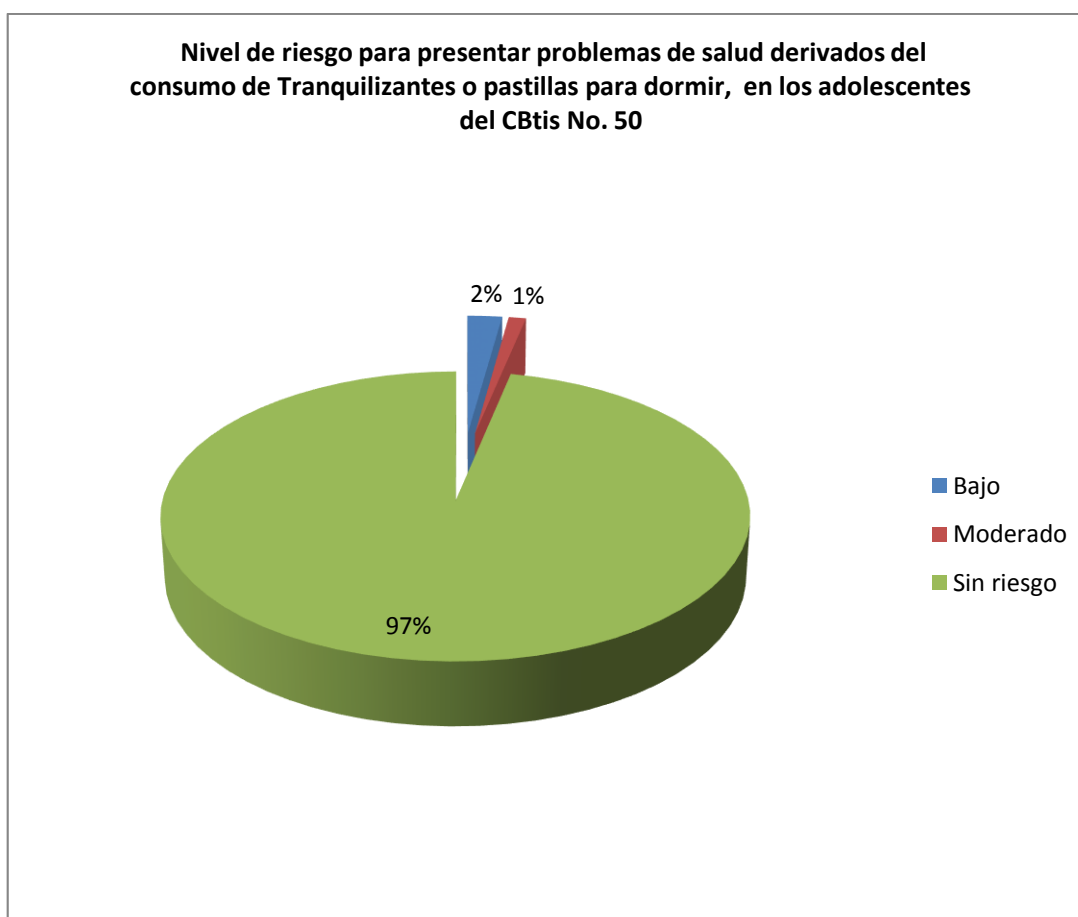
Tabla 29.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	2.2
Moderado	3	1.1
Sin riesgo	264	96.7
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 29. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 29.

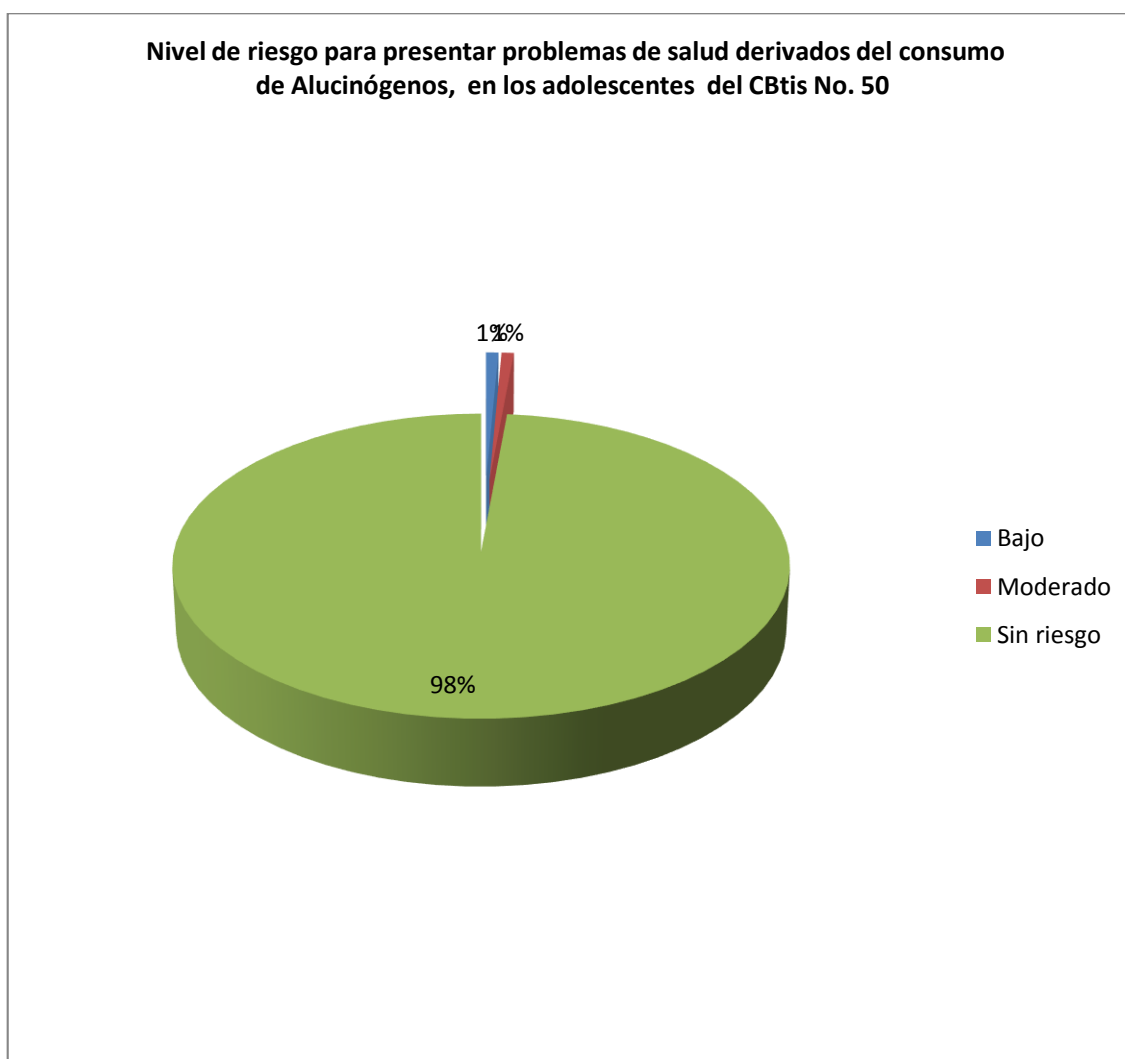
Tabla 30.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Alucinógenos, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	.7
Moderado	2	.7
Sin riesgo	269	98.5
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 30. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Alucinógenos, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 30.

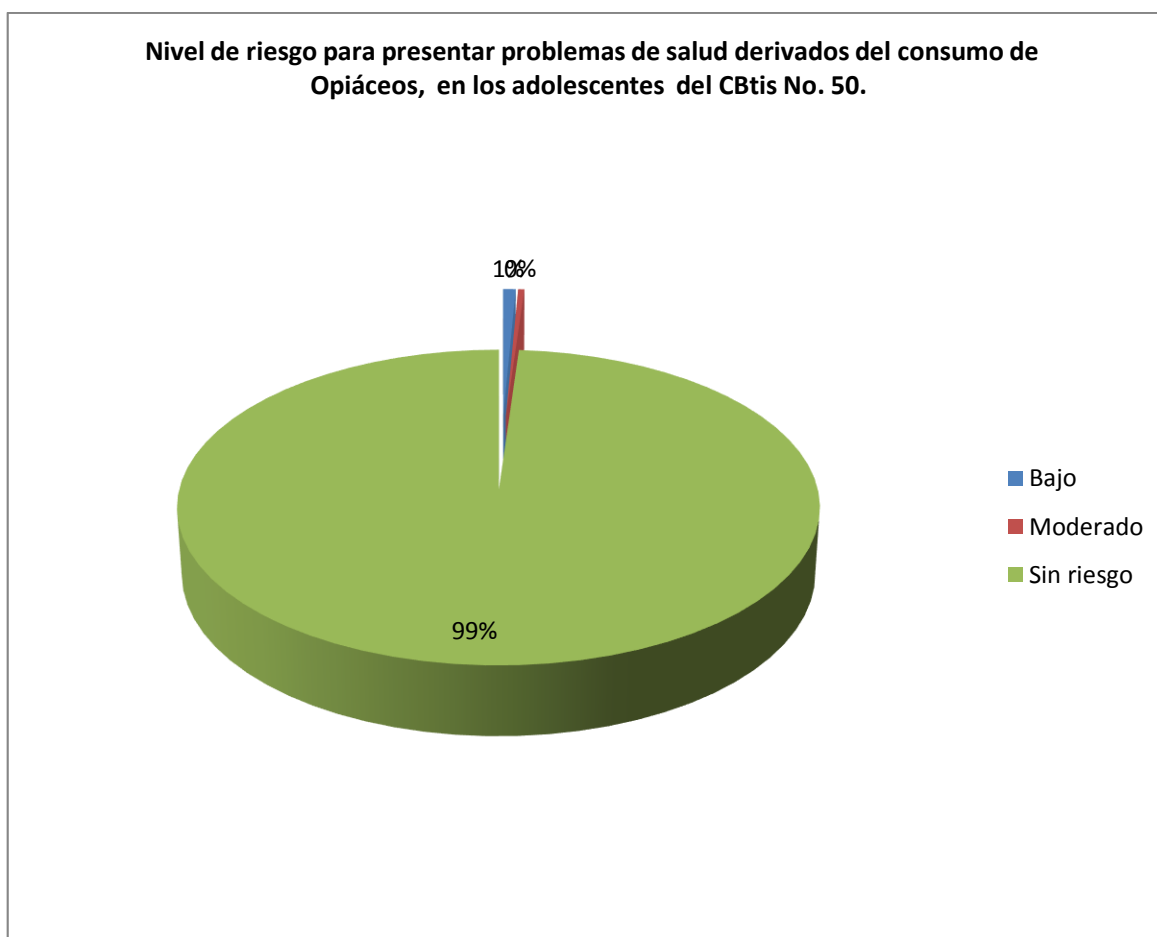
Tabla 31.

Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Opiáceos, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	.7
Moderado	1	.4
Sin riesgo	270	98.9
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 31. Nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de Opiáceos, en los adolescentes estudiantes de Educación Media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 31

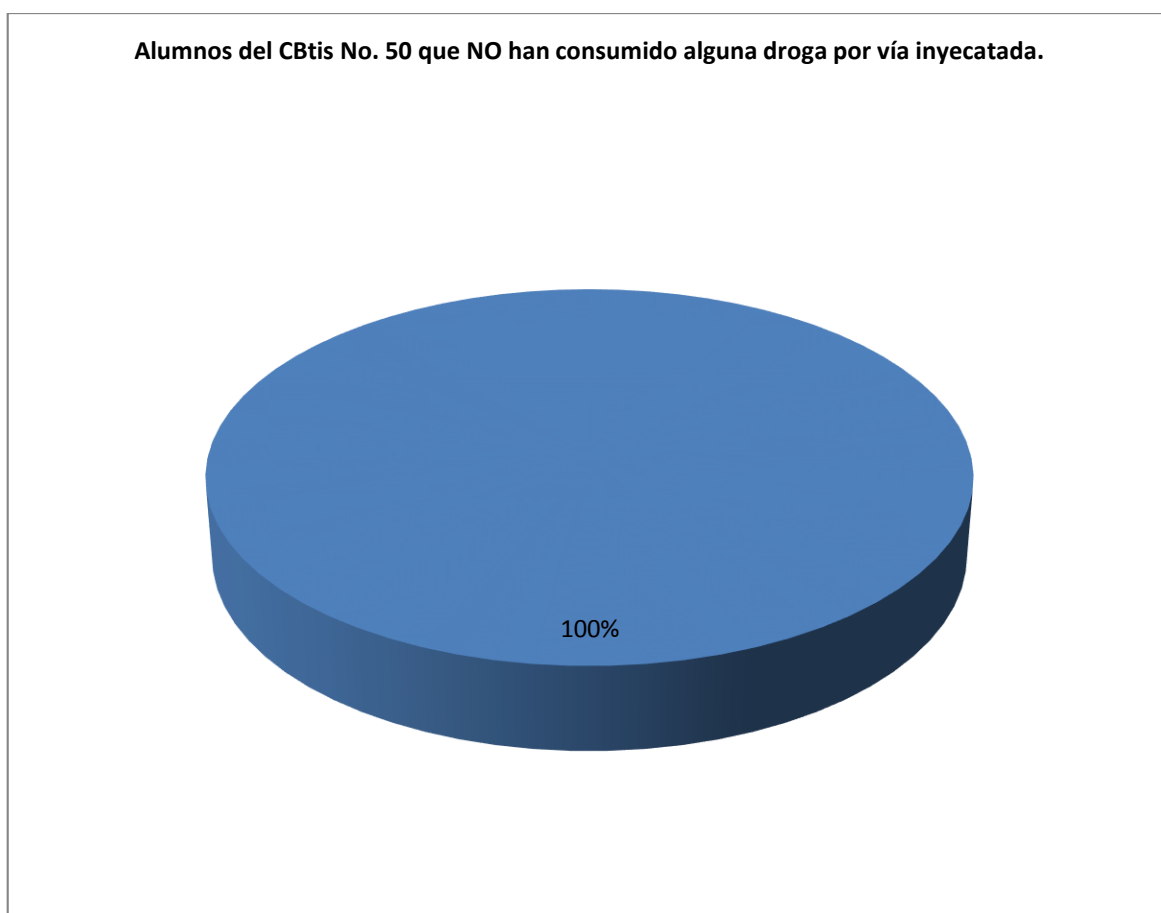
Tabla 32.

Adolescentes estudiantes de Educación Media Superior CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS que han consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	.4
Sin riesgo	272	99.6
Total	273	100.0

Fuente: Cuestionario ASSIST

Gráfica 32. Adolescentes estudiantes de Educación Media Superior CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS que han consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada.



Fuente: Tabla 32

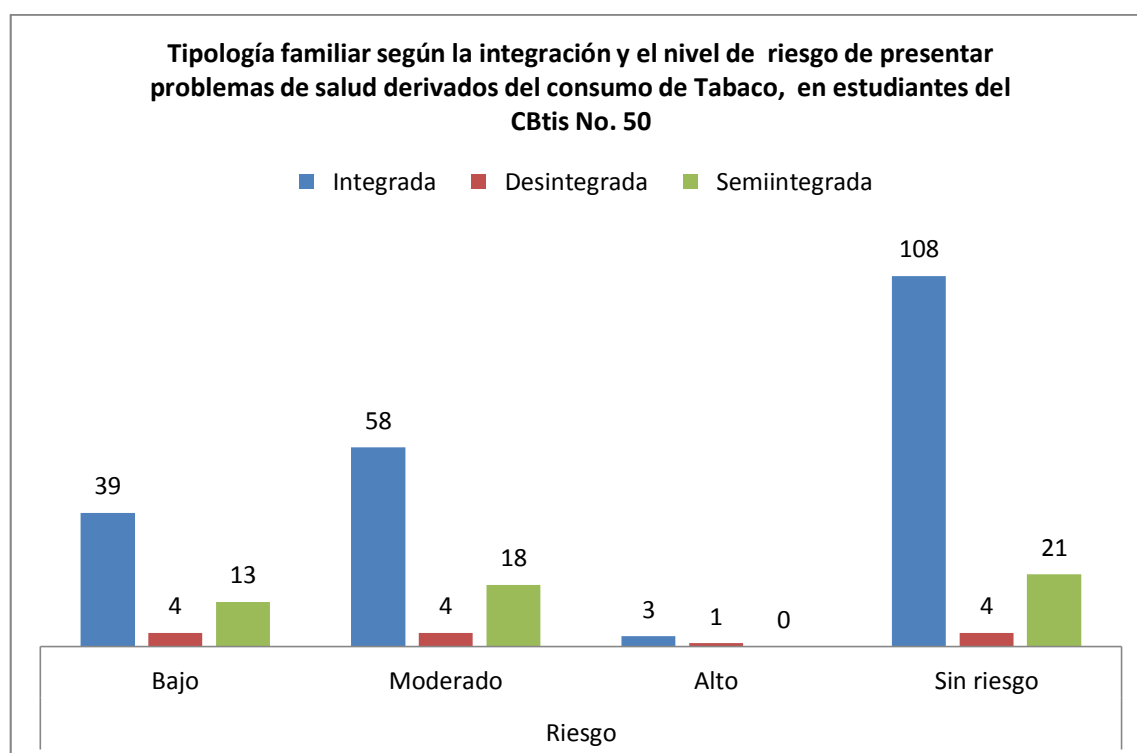
Tabla 33.

Tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Riesgo				Total
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo	
Integrada	39	58	3	108	208
Desintegrada	4	4	1	4	13
Semiintegrada	13	18	0	21	52
Total	56	80	4	133	273

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST.

Gráfica 33. Tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 33.

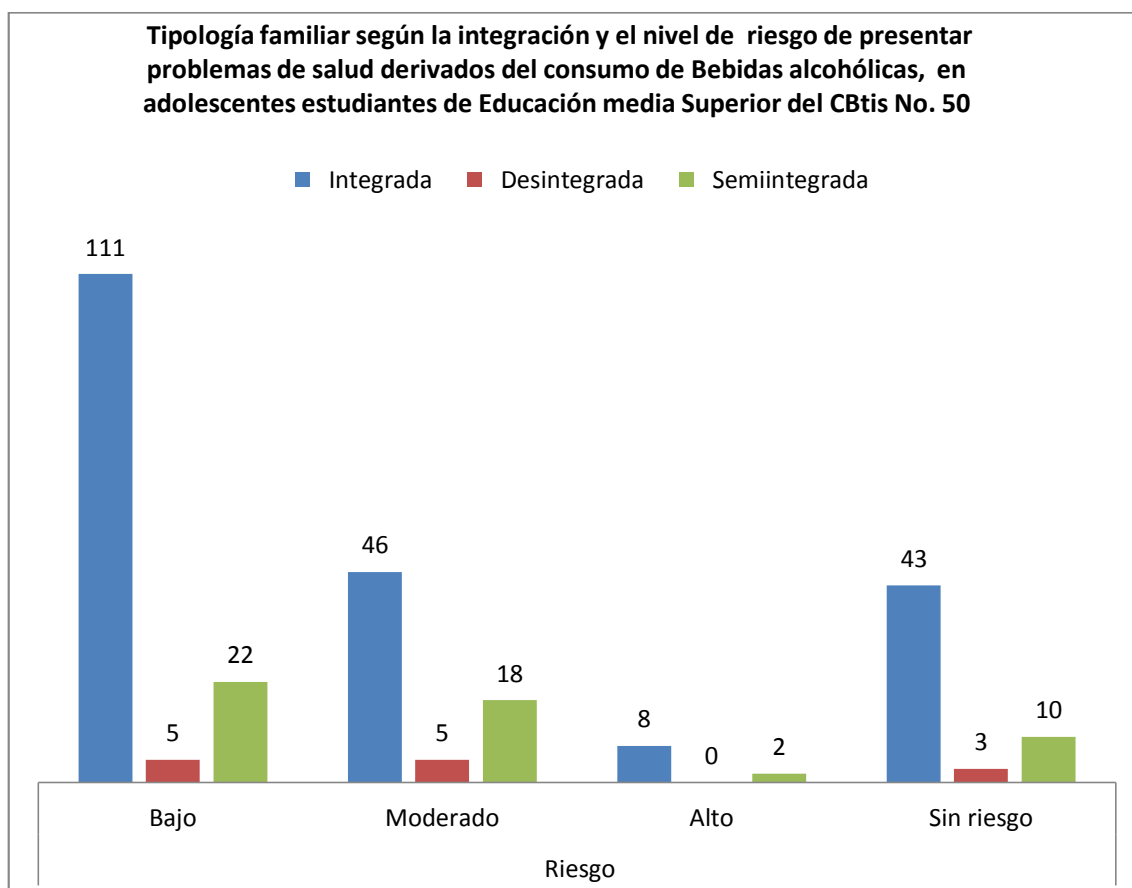
Tabla 34.

Tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

	Riesgo				Total
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo	
Integrada	111	46	8	43	208
Desintegrada	5	5	0	3	13
Semiintegrada	22	18	2	10	52
Total	138	69	10	56	273

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 34. Tipología familiar según la integración y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 34.

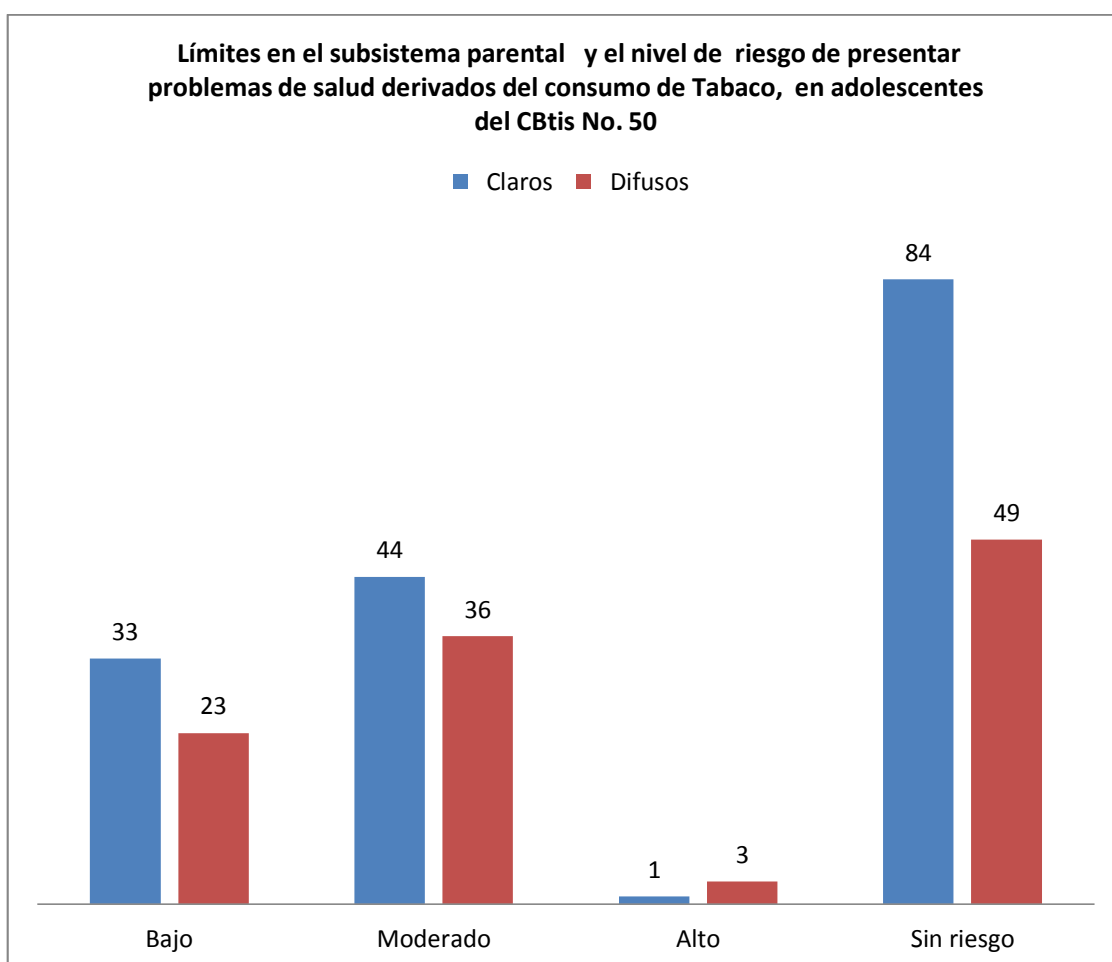
Tabla 35.

Límites en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

Límites	Nivel de riesgo			
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo
Claros	33	44	1	84
Difusos	23	36	3	49
Total	56	80	4	133

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 35. Límites en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 35

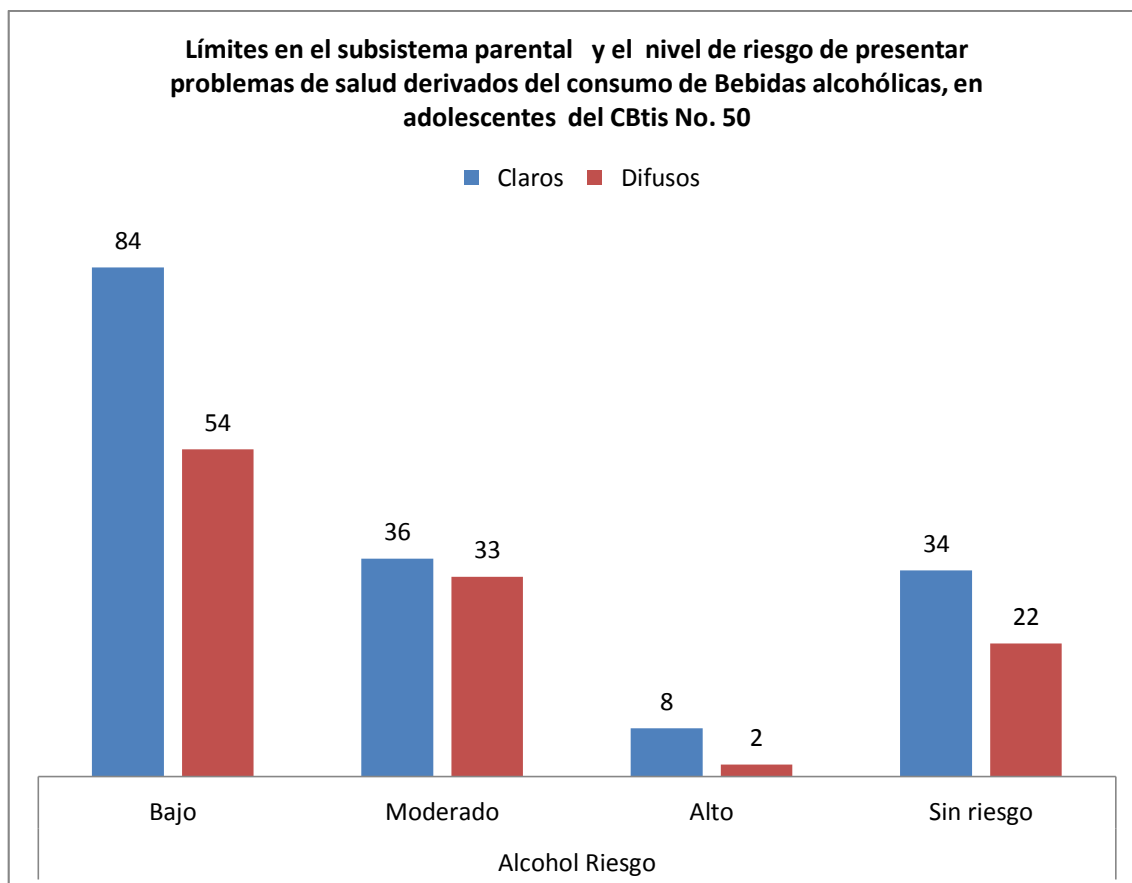
Tabla 36.

Límites en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

Límites	Riesgo de presentar problemas de salud derivados por el consumo de Bebidas alcohólicas.			
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo
Claros	84	36	8	34
Difusos	54	33	2	22
Total	138	69	10	56

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 36. Límites en el subsistema parental y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 36.

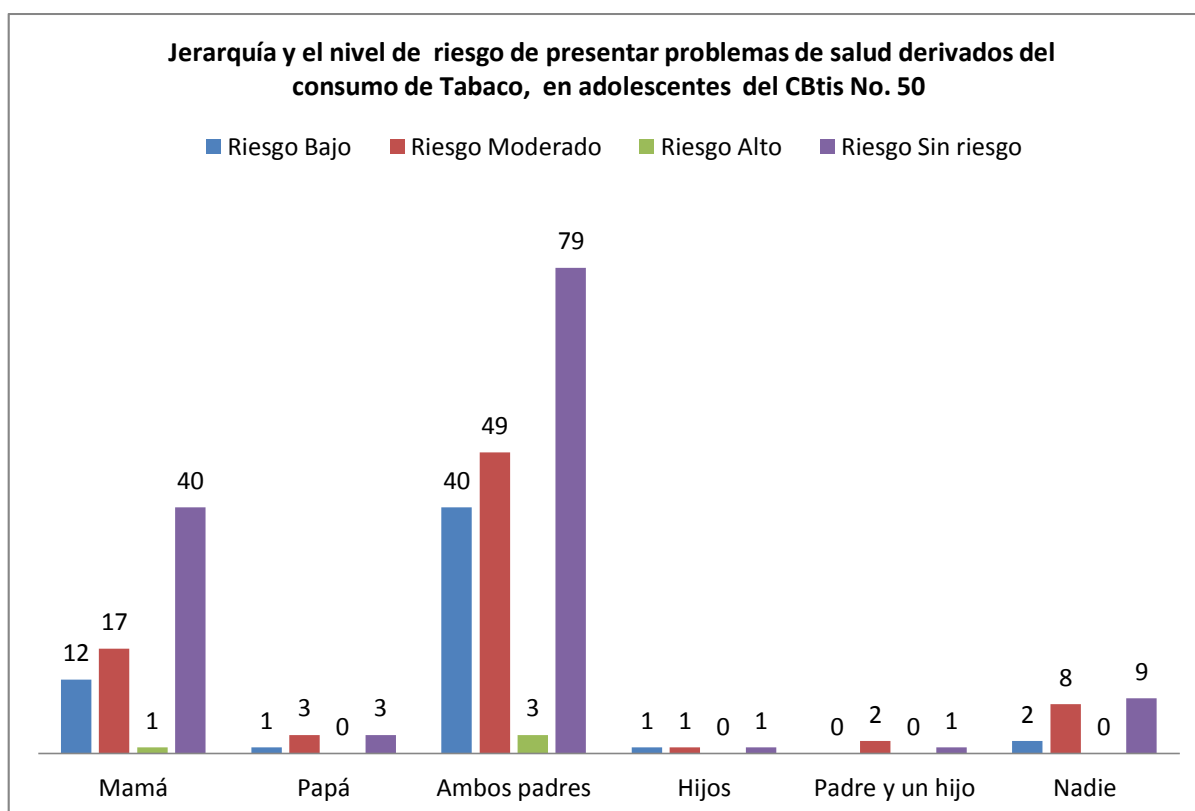
Tabla 37.

Jerarquía y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

Jerarquía	Riesgo				Total
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo	
Mamá	12	17	1	40	70
Papá	1	3	0	3	7
Ambos padres	40	49	3	79	171
Hijos	1	1	0	1	3
Padre y un hijo	0	2	0	1	3
Nadie	2	8	0	9	19
Total	56	80	4	133	273

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 37. Jerarquía y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 37

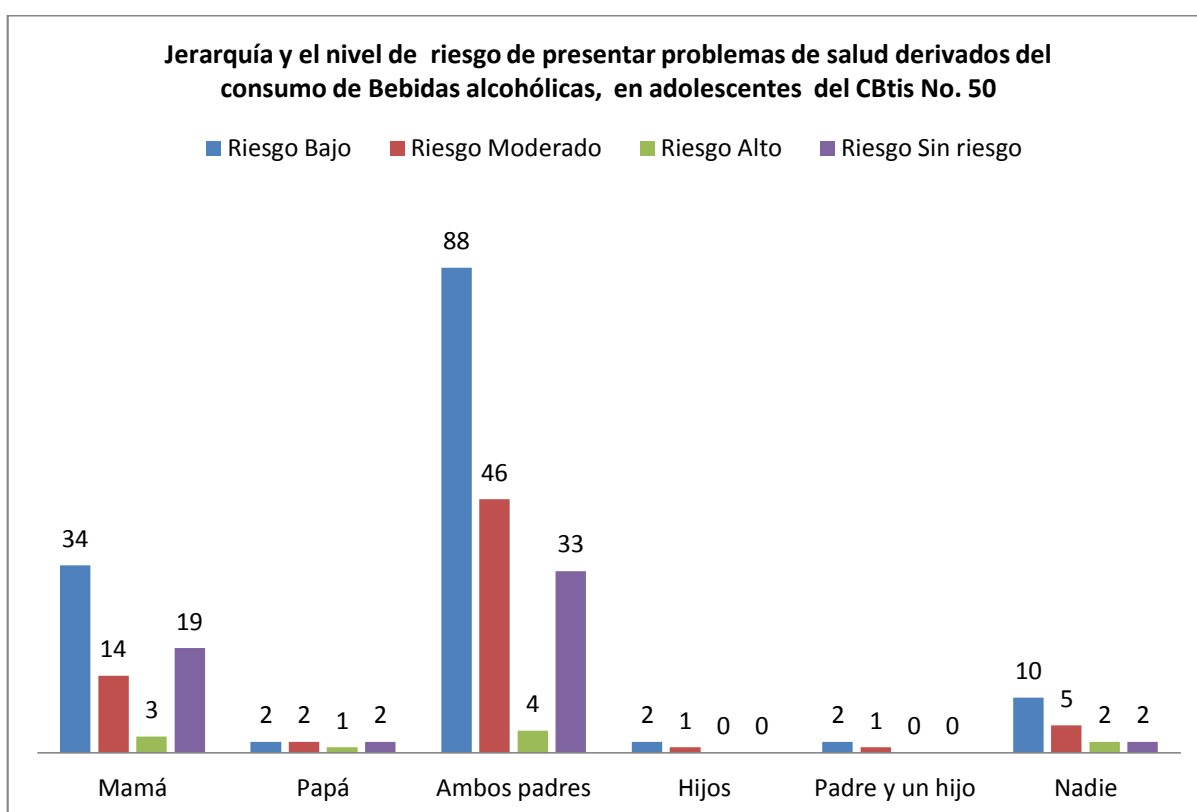
Tabla 38.

Jerarquía y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

Jerarquía	Riesgo				Total
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo	
Mamá	34	14	3	19	70
Papá	2	2	1	2	7
Ambos padres	88	46	4	33	171
Hijos	2	1	0	0	3
Padre y un hijo	2	1	0	0	3
Nadie	10	5	2	2	19
Total	138	69	10	56	273

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 38. Jerarquía y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 38.

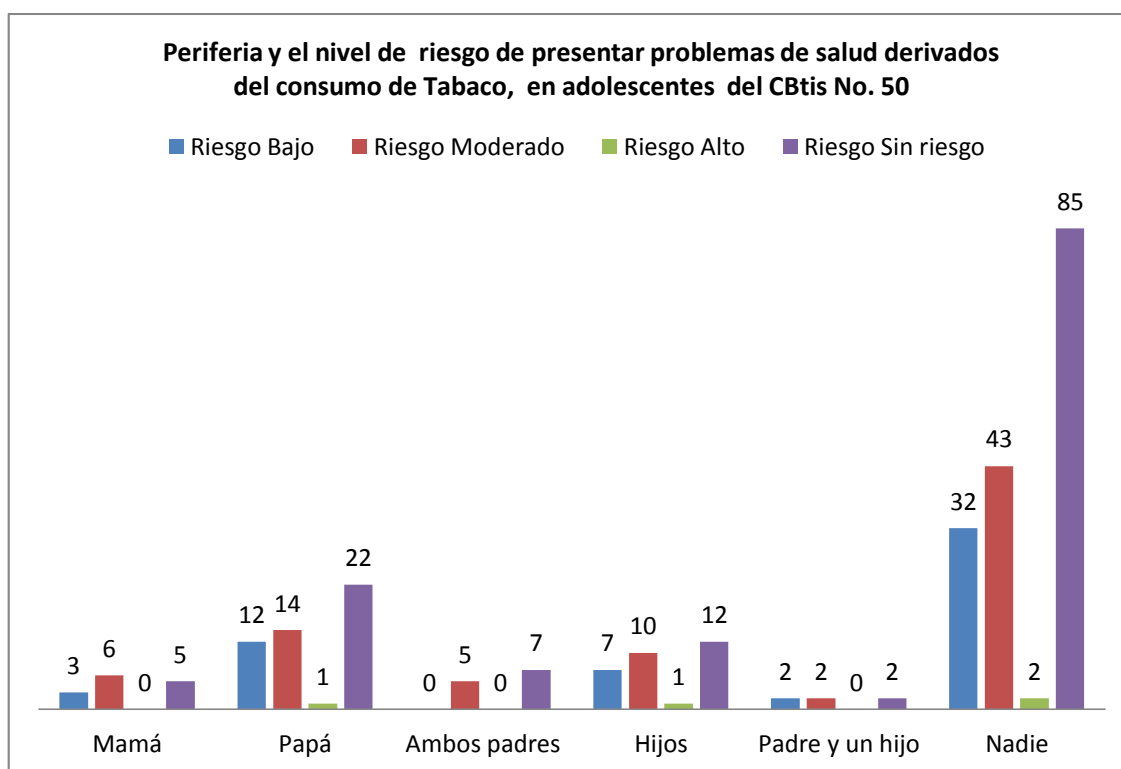
Tabla 39.

Periferia y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

Periferia	Riesgo				Total
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo	
Mamá	3	6	0	5	14
Papá	12	14	1	22	49
Ambos padres	0	5	0	7	12
Hijos	7	10	1	12	30
Padre y un hijo	2	2	0	2	6
Nadie	32	43	2	85	162
Total	56	80	4	133	273

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 39. Periferia y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Tabaco, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 39.

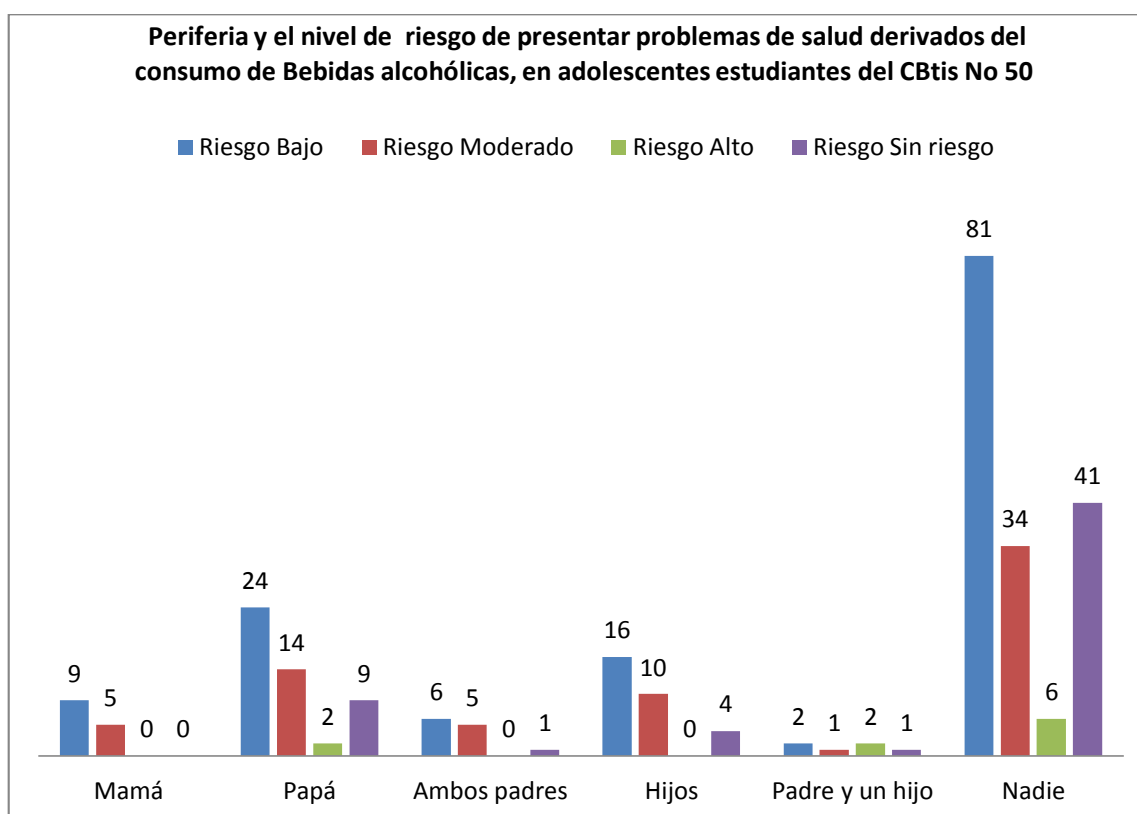
Tabla 40.

Periferia y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.

Periferia	Riesgo				Total
	Bajo	Moderado	Alto	Sin riesgo	
Mamá	9	5	0	0	14
Papá	24	14	2	9	49
Ambos padres	6	5	0	1	12
Hijos	16	10	0	4	30
Padre y un hijo	2	1	2	1	6
Nadie	81	34	6	41	162
Total	138	69	10	56	273

Fuente: Cuestionario de Estructura Familiar y Cuestionario ASSIST

Gráfica 40. Periferia y el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de Bebidas alcohólicas, en adolescentes estudiantes de Educación media Superior del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 40.

XII.-CONCLUSIONES

De acuerdo a mi experiencia como médico de primer nivel y docente frente a grupo durante algunos años, y a los diversos resultados arrojados en este trabajo de investigación puedo concluir que los resultados obtenidos no pueden ser traspolados a una población ya que al momento de capturar todos y cada uno de los datos de las encuestas aplicadas, la estructura de la familia era muy diversa, así como diverso era el nivel de riesgo de presentar problemas de salud derivados del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, por lo que cada familia y cada individuo debe ser analizado de manera personalizada e independiente.

Respecto a lo obtenido por otros investigadores relacionado con el patrón de consumo, e incluso en este mismo trabajo, queda demostrado que efectivamente el uso y consumo de sustancias es una realidad en nuestro país y a nivel mundial por lo que el coste-beneficio a largo plazo sería muy beneficiosos para las instituciones de salud y educativas si se reforzaran los programas preventivos a todos los niveles pero principalmente con poblaciones cada vez mas jóvenes. Este estudio demostró que a la edad de 16 años aproximadamente el consumo de tabaco y alcohol (las drogas legales) es de aproximadamente del 30% y 50 % respectivamente lo cual es indicativo de la población que tendremos con problemas de salud derivados del consumo de ambas sustancias, en pocos años y que indudablemente estamos ya atendiendo en la consulta diaria y servicio de Urgencias. Estos resultados no se parecen a los publicados por la ENA 2008.

También, de acuerdo a la edad que se observó mas frecuentemente, una intervención a tiempo, prevendría la aparición de estos problemas de salud.

Desafortunadamente, durante la realización del estudio, se observó que de el personal de la escuela había gran disposición por parte de algunos elementos, pero, poca o nula de otros, lo que limita la capacidad de maniobra y hace mas dificultosa la culminación de este tipo de trabajos.

En nuestro medio muchos de los empleados por la burocracia, se limitan a hacer lo mínimo indispensable y en la mayoría de las ocasiones no muestran interés alguno por la mejora de la Institución para la cual trabajan o, en este caso los alumnos a los que abrigan.

Por otro lado, la implementación de manera constante y periódica de intervenciones por parte de CAPA en las escuelas pudiera ser beneficioso para la prevención primaria. Sin embargo, retomamos el aspecto anterior, en donde es difícil encontrar los espacios y tiempos adecuados.

Llama la atención que en los documentos oficiales emitidos por instancias gubernamentales como la Secretaría de educación Pública, La secretaria de salud y la secretaria de Gobernación (citados en el Marco teórico), se mencionen los esfuerzos que se han venido realizando en los últimos años contra la problemática que mas aqueja a la adolescencia, que son las

adicciones, pero que sin embargo, poco se observa de manera aterrizada, ya con los jóvenes, o al menos eso es lo que las estadísticas siguen demostrando.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se cuenta con grupos de apoyo formados por el departamento de trabajo social que trabajan diversos temas de salud con niños y adolescentes, tal es el caso de CHIQUITIMSS y JUVENIMSS, además de fomentar las revisiones periódicas de las acciones preventivas pre-establecidas para estos grupos de edad.

Respecto a la familia puedo concluir que al ser un sistema vivo, dinámico, cambiante, con múltiples personalidades y psiques, es difícil tratar de demostrar que es lo mas conveniente y que es lo mas lesivo para cada una de los integrantes, porque para lo que para unos es funcional, para otros es disfuncional, hablando estrictamente de estructura.

Algo que a mi me llamó la atención es que en el caso de familias monoparentales el nivel de riesgo para presentar problemas de salud derivados del consumo de alguna sustancia, era bajo o no existía, sin embargo para familias que cumplían con todos los requisitos para ser estructuralmente funcionales de acuerdo a lo escrito por Minuchin, si se observaba riesgo aunque en la mayoría de los casos era bajo. Lo cual habla de que existe algún tipo de consumo por parte de los adolescentes aunque fuera mínimo.

Ello también se refuerza en lo encontrado en la periferia por lo que podemos concluir que la presencia física de ambos padres en los hogares, al mismo tiempo que ejercen jerarquía compartida y establecen límites claros entre subsistemas disminuye drásticamente el riesgo por consumo, aunque no lo suprime en la totalidad.

En fin, nuestro trabajo de investigación es mínimo en comparación con todo lo que la literatura reporta sin embargo no tenemos ni mas ni menos que decir respecto a lo encontrado.

Concluyo con la siguiente frase que para mí pudiera ser un paradigma: no es mejor médico aquel que cura, sino aquel que previene.

XIII.- RECOMENDACIONES

1.- En primer lugar dar el respectivo informe a las autoridades del CBtis No. 50 del área de atención de la UMF 64, para que se dé seguimiento a aquellos casos que resultaron con nivel de riesgo moderado o alto, siguiendo todas las especificaciones de la Bioética y respetando la autonomía y voluntad del alumno sobre su decisión a ser atendido, así como la canalización al departamento de trabajo social de la unidad y en caso de ser necesario a Centro de atención primaria a las adicciones y/o Centro de Integración Juvenil.

2.- Continuar fomentando con apoyo del CAPA, las pláticas sobre prevención de adicciones y temas relacionados con problemas de salud de los adolescentes, lo cual se efectuó de manera generalizada a la población de cuarto semestre cumpliendo así con la recomendación especificada en ASSIST sobre intervención breve para pacientes con nivel bajo de riesgo.

3.- Invitar a los médicos familiares en formación a realizar por lo menos un trabajo de investigación por generación, ya que la UMF 64 del IMSS cuenta con la gran ventaja de encontrarse rodeada de escuelas, en donde éste se puede llevar a cabo, sobre todo con un enfoque preventivo, cumpliendo así con varios de las características del perfil de egreso del médico familiar que son: Investigación, Docencia, Atención primaria y Prevención.

4.- De ser posible, realizar un trabajo de seguimiento, tomando a éste como base, tratando de analizar si hubo un cambio en los alumnos atendidos por las instancias ya mencionadas y en los alumnos en quienes se realizó intervención breve, para comparar resultados obtenidos pre-test y post-test.

5.- Por último comentar con médicos familiares, presentes y futuros sobre la importancia de, además de realizar las acciones preventivas propias de realizar con niños y adolescentes, dar consejería breve, aún en un mínimo de tiempo a todo aquel adolescente que llegue a consulta por cualquier motivo, sobre las consecuencias de las adicciones, investigar, charlar un poco sobre dinámica familiar tratando de identificar factores de riesgo modificables, realizando así, la tarea primordial de un médico: la de prevenir .

Gracias.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bermúdez Patricia. Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas en estudiantes de primer semestre de Bachillerato SEP de la Universidad del Valle de México. Campus Tlalpan.2006.
- 2.- Calvete Esther . Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. Adicciones.2008; 21(1):49-56.
- 3.- Villatoro Jorge. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes de Villatoro y Andrade. Salud Mental.1997;20(2):21-27.
- 4.-Anzures Carro. Medicina Familiar. Corporativo Intermédica. Primera edición.2008. p.p 51
- 5.-Fernández Rojero C. Ciclo Vital y sistema familiar. Medifam . Madrid, 1991; 2: 94-8.
- 6.- Minuchin S. 1992. Familias y terapia familiar. México. GEDISA.
- 7.- Soria R. Psicología y Ciencia Social 2004. Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. 2: 3-12
- 8.-Maddaleno, L . Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México.2003; (1):132-139.
- 9.- Pérez Alejandro. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Aten Primaria. 2007;39(2):61-67
- 10.- Papalia, D . Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Novena Edición. Editorial Mc Graw Hill.2002.
- 11.- Rodríguez Lucía. Génesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. Revista digital Educación física y Deportes. 2005; (80).
- 12.- Moreno María. Desarrollo de habilidades sociales como estrategia de integración al bachillerato. Maestría en orientación y consejo educativos. Mérida Yucatán. Facultad de Educación UADY.2011.
- 13.- Restrepo, H.E. Agenda para la acción en promoción de la salud. En: H.E. Restrepo & H. Málaga (Eds.) Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.2001. 34-55.

- 14.- Informe del comité de expertos de la OMS en la serie de informes técnicos núm. 650 organización mundial de la salud. Ginebra 1:980.
- 15.- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de población de México 2010-2050. <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>, julio de 2013.
- 16.- Organización de Naciones Unidas (ONU). Temas mundiales. <http://www.un.org/es/globalissues/youth/>, julio de 2013.
- 17 . ONU. La juventud y los objetivos de desarrollo del milenio. Desafíos y oportunidades para su implementación. <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/youthmdgss.pdf>, julio de 2013, p. 3.
- 18.Villasuso Ana. Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la escuela secundaria. SEP/SALUD. Segunda edición 2012.
- 19.-Villatoro Jorge. Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. Salud Mental.2009.(32):287-297
- 20.-Uribe Isaac.(2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y salud. 22(1):47-55
- 21.- Toro R, Yepes L. Fundamentos. de Medicina. Psiquiatría. III edición. Medellín , Colombia. CIB.1997.p.67-80
- 22.- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)2011. Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México.(accesado el 06 de Mayo de 2013)Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos
- 23.- Secretaría de salud. El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones .2011(accesado el 18 de Abril de 2013). Disponible en www.salud.go.mx/unidades/cdi/documentos
- 24.- Palomar Joaquina. (1999).Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. Red de revistas científicas de América Latina y el caribe, Ciencias sociales y Humanidades.4(8): 299-343.
25. Villatoro Jorge. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes . Salud mental.1997.20(2):21-27.
- 26.- Hawkins David, measuring risk and protective factors for substance use, Delinquency , and other adolescent problem behaviors. Evaluation review.2002; 26 (6): 575-601
- 27.-Room R. Alcohol and public health. Lancet ;2005;(365):519-30.

28.- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Base de datos, Junio de 2013.

29.-Kingsley Nyarko. The influence of authoritative parenting style on adolescents' academic. Achievement. American Journal of Social and Management Sciences. 2011, Science Hub, <http://www.scihub.org/AJSMS>

30.- González Ana. Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos. España.2004.

31.- Alfonso José P. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia .Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España).2009; 25 (2):, 330-338

32.-Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta «Sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI». Adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 21 al 25 de julio. Yakarta-Indonesia; 1997

33.Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones

34. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.

35.-Organización Panamericana de la Salud. ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Biblioteca Sede OPS.2011.

36.- Montalvo Jaime. Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado. Revista electrónica de Psicología de Iztacala.(accesado el 12 de Noviembre de 2012) disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin

37. INEGI. Informativo Oportuno. Vámonos conociendo .Volumen 1, Número 1 Marzo 29, 2011

XV. ANEXOS

- Consentimiento Informado
- Instrumento ASSIST de la OMS
- Guía de entrevista de Estructura Familiar de Montalvo y Soria



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**

Nombre del estudio:	ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR	
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.	
Lugar y fecha:	TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO, MAYO DE 2013	
Número de registro:	SIN NUMERO	
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PATOLOGIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	
Procedimientos:	APLICACION DEL TEST ASSIST DE LA OMS Y GUIA DE ENTREVISTA PARA CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE MONTALVO Y SORIA	
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: NINGUNO. MOLESTIAS: INVERTIR APROXIMADAMENTE 60 MINUTOS.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	LOS PARTICIPANTES CONOCERAN EL NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PATOLOGIAS DE SALUD DERIVADAS DE EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS GLOBALES DEL ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES.	
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION ES VOLUNTARIA.	
Privacidad y confidencialidad:	EL CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL. SE GARANTIZA LA AUTONOMIA Y PRIVACIDAD DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS ETICO-MEDICOS.	
	<input type="checkbox"/>	SI AUTORIZO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
	<input type="checkbox"/>	NO AUTORIZO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	INTERVENCION BREVE.	
Beneficios al término del estudio:	SEGUIMIENTO A QUIENES PRESENTEN RIESGO MODERADO Y ALTO.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dr. Luis Rey García Cortés. Coordinador clínico UMF 64 IMSS Dra. Nubia Elitania Méndez Torres Residente de tercer año de Medicina Familiar Tel 5310-20-18 e-mail elitaniamt@hotmail.com	
Colaboradores:	En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Grupo: _____	_____
		Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma de quien obtiene la información		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE
SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre: _____
Edad: _____ **Sexo:** _____ **Grado escolar:** _____
Turno: _____

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. 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. (Ver tarjeta de respuestas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan 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.

Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta **confidencialidad**.

Lee cuidadosamente las preguntas y selecciona la respuesta que consideres mas adecuada colocando una **X** en el recuadro correspondiente.

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

2.- ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses ?	Nunca	1 ó 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, base, 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
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

3.- En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir drogas?	Nunca	1 ó 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, base, 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
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

4.- En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de <i>drogas</i> a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 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, base, 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
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

5.- En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de drogas?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
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, base, 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	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
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

6.-¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, 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, base, 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
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

7.- ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, 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, base, 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
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

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

ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVEL DE RIESGO DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR DEL CBTIS NO. 50 DEL AREA DE ATENCION DE LA UMF 64 DEL IMSS.

GUIA DE ENTREVISTA PARA CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR.										
NOMBRE:					FECHA:					
GRADO:					GRUPO:					
Gracias por participar en este estudio. El siguiente es un cuestionario para conocer la estructura familiar en adolescentes estudiantes del CBTIS No. 50 con el objetivo de conocer las características predominantes en cada una de las familias. La información proporcionada es estrictamente confidencial.										
INSTRUCCIONES:										
I.- Lee cuidadosamente las preguntas y selecciona la respuesta que consideres más adecuada colocando una X en el recuadro correspondiente.										
1.- GENERO:	<input type="checkbox"/>	1. Masculino	<input type="checkbox"/>	2. Femenino						
2.- GPO DE EDAD:	<input type="checkbox"/>	1.- 15	<input type="checkbox"/>	2. 16	<input type="checkbox"/>	3. 17	<input type="checkbox"/>	4. > o = 18		
3.- GRADO ESCOLAR:	<input type="checkbox"/>	1. Primero	<input type="checkbox"/>	2. Segundo	<input type="checkbox"/>	3. Tercero				
4.- RELIGION:	<input type="checkbox"/>	1.- Católico	<input type="checkbox"/>	2.- Cristiano	<input type="checkbox"/>	3.- Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>	4.- Otra		
	<input type="checkbox"/>	5.- Ninguna								
5.- ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:	<input type="checkbox"/>	1. Soltero (a)	<input type="checkbox"/>	2. Casado (a)	<input type="checkbox"/>	3. Union libre	<input type="checkbox"/>	4. Viudo (a)	<input type="checkbox"/>	5.- Divorciado
6.- OCUPACION DEL PADRE:	<input type="checkbox"/>	1. Empleado	<input type="checkbox"/>	2. Obrero	<input type="checkbox"/>	3. Profesionista	<input type="checkbox"/>	4. Otros	<input type="checkbox"/>	5.- Ausente
7.- OCUPACION DE LA MADRE:	<input type="checkbox"/>	1. Empleado	<input type="checkbox"/>	2. Obrero	<input type="checkbox"/>	3. Profesionista	<input type="checkbox"/>	4. Hogar	<input type="checkbox"/>	5. Ausente
8.- ESCOLARIDAD DEL PADRE:	<input type="checkbox"/>	1.- Ninguna	<input type="checkbox"/>	2.- Primaria	<input type="checkbox"/>	3.- Secundaria	<input type="checkbox"/>	4. Preparatori	<input type="checkbox"/>	5.- Licenciatura
	<input type="checkbox"/>	6. Posgrado	<input type="checkbox"/>	7. Ausente						
9.- ESCOLARIDAD DE LA MADRE:	<input type="checkbox"/>	1.- Ninguna	<input type="checkbox"/>	2.- primaria	<input type="checkbox"/>	3.- Secundaria	<input type="checkbox"/>	4. Preparatori	<input type="checkbox"/>	5.- Licenciatura
	<input type="checkbox"/>	6. Posgrado	<input type="checkbox"/>	7. Ausente						
ESTRUCTURA FAMILIAR										
10.- ¿Con quien vives?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Hermanos	<input type="checkbox"/>	4. Abuelos	<input type="checkbox"/>	5. Otros
11.- Quien aporta el ingreso económico a tu familia?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Otros
12.- En tu familia todos los integrantes asumen su rol y cumplen con sus funciones de manera regular?	<input type="checkbox"/>	1. Sí	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	En ocasiones		
JERARQUIA										
13.- ¿ Quien toma la mayoría de las decisiones en casa?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
14.- ¿Quien pone las reglas sobre lo que se debe y no debe hacer en casa?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
15.- ¿ Quien las hace respetar?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
16.- ¿Quien premia o castiga?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
17.- ¿ En ausencia de los padres quien toma las decisiones, premia, castiga, etc?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
CENTRALIDAD										
18.- ¿ Hay algún miembro de la familia de quien se tienen mas quejas?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						

19.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
20.- ¿Porque?										
21.- ¿ Hay algún miembro de la familia de quien se hable mas positivamente?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
22.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
22.- ¿Por qué?										
23.- ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
24.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
25.- ¿Porqué?										
26.- ¿Hay algún miembro de la familia que destaque mas en algún aspecto en relación con los otros?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
27.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
28.- ¿Porqué?										
29.- ¿ Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
30.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
31.- ¿Porqué?										
PERIFERIA										
32.- ¿ Hay algún miembro de la familia que casi nunca esté en la casa?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
33.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
34.- ¿ Porque?										
35.- ¿ Existe alguien que casi no participe en las relaciones familiares?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
36.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
37.- ¿Por qué?										
38.- ¿Existe alguien que no se involucre en la resolución de problemas familiares?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
39.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
40.- ¿Porqué?										
41.- ¿ Existe alguien que nunca o casi nunca de opiniones respecto a los asuntos de la familia?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
42.- ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	1. Mamá	<input type="checkbox"/>	2. Papá	<input type="checkbox"/>	3. Ambos padres	<input type="checkbox"/>	4. Hijos	<input type="checkbox"/>	5. Padre y un hijo
43.- ¿Porqué?										
LIMITES Y GEOGRAFIA										
a) Subsistema conyugal										
44.- ¿ Mamá siempre está interesada en conocer y participar en todas las actividades que hace papá y viceversa?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
45.- ¿ Como lo demuestra?										
46.- ¿ Papá y mamá tienen amistades en común?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						

47.- ¿ Papá y mamá tienen amistades personales por separado?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
48.- ¿ Papá y mamá tienen amistades personales por separado?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
49.- ¿ En relación a lo anterior, existe algún problema?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
b) Subsistema parental										
50.- ¿ Papá y mamá discuten en presencia de los hijos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
51.- ¿ Alguno de los padres comenta con alguno de los hijos sus problemas conyugales?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
52.- ¿ Los hijos saben lo que deben hacer y no hacer la mayoría de las veces?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
53.- ¿ Los hijos saben la mayoría de las veces por cuales comportamientos pueden ser premiados o castigados?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
54.- ¿ Las reglas en relación con lo que se debe hacer y no son explicadas verbalmente a los hijos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
55.- ¿ Cada hijo sabe o no cuales son sus actividades o funciones en la familia?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
56.- ¿ Ambos padres saben o no cuales son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
57.- ¿ Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
58.- ¿ Hay diferencias o no en cuanto a los premios, castigos y reglas en cuanto a la edad de los hijos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
59.- ¿ Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc a sus hermanos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
c) Al exterior										
60.- ¿ Existen algunas personas fuera de los padres que tengan que ver con la implantación de reglas, premios, castigos, etc?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
61.- ¿ Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
62.- ¿ A quien?	<hr/>									
63.- ¿ Sobre que?	<hr/>									
64.- ¿ Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia siempre le cuente lo que ocurre en la misma?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
65.- ¿ Quién?	<hr/>									
66.- ¿ Qué le cuenta?	<hr/>									
67.- ¿ Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
68.- ¿ Quién?	<hr/>									
69.- ¿ Que tipo de relación tienen los miembros de la familia con: Parientes, amigos, vecinos, etc?	<input type="checkbox"/>	1.- Buena	<input type="checkbox"/>	2.- Mala	<input type="checkbox"/>	3.- Regular	<input type="checkbox"/>	4.- Indiferente		
d).- Geografía										
70.- ¿ Cada miembro de la familia tiene su espacio personal?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
71.- ¿ Cual?	<hr/>									
72.- ¿ Es respetado?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
73.- ¿ Quién no respeta el espacio de quien y como?	<hr/>									
74.- ¿ Hay espacios compartidos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No						
75.- ¿ Cuáles y de quienes?	<hr/>									

76.- ¿Se respetan las propiedades individuales?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
77.- ¿ Quien no respeta y como ?																			
78.- Quien suele unirse para obtener premios, favores, dinero, que se haga algo, etc? Ejemplos.																			
79.- ¿Quién suele unirse para castigar, dañar atacar, perjudicar, descalificar, etc, a otro?																			
80.- ¿ A quien o a quienes? Ejemplos.																			
81.- ¿ Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papá y mamá? Ejemplos.	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
82.- ¿ Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papá y/o mamá y algún hijo?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
83.- ¿ Quien?																			
84.- ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre hermanos?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
85.- ¿ Quienes?																			
86.- ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre algún miembro de la familia y alguna otra persona?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
87.- ¿ Quienes?																			
88.- ¿Existen miembros de la familia que se necesiten mutuamente para casi todo, todo se cuentan entre sí, uno es el preferido del otro y viceversa, se protegen y cuidan en exceso mutuamente, se pelean y están en competencia con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
89.- ¿Quiénes?																			
90.- ¿Un padre se comporta frecuentemente como si fuera un niño o adolescente, se la pasa peleando, y/o jugando con sus hijos, estos no lo obedecen, hacen todo lo que le manda su cónyuge?	<input type="checkbox"/>	1.- Sí	<input type="checkbox"/>	2.- No															
91.- ¿Quién?																			