



1 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de
Medicina Familiar No. 27 de Tijuana**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Nombre del alumno: José Rubén Castro Mejía

ASESORES:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.33

Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta.

Médico Familiar.

Adscrito a la UMF No. 27.

Tijuana, Baja California. Octubre 2018.

Indicé	Pág.
1. Título.....	3
2. Identificación De Los Investigadores.....	4
3. Resumen.....	5
4. Marco Teórico.....	6
5. Justificación.....	11
6. Planteamiento Del Problema.....	12
7. Objetivo.....	13
8. Hipótesis De Trabajo.....	14
9. Material y Métodos.....	15
10. Aspecto Éticos.....	21
11. Recursos, Financiamiento y Factibilidad.....	23
12. Aspectos De Bioseguridad.....	25
13. Cronograma De Actividades.....	26
14. Referencias.....	27
15. Anexos.....	30

1.- TITULO:

Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No.
27 de Tijuana.

2.- IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

- **Investigador principal:**

Alumno José Rubén Castro Mejía

Adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27

Matrícula: 99268266

Teléfono: (667) 1 013572

Correo: jose_rubencastro@hotmail.com

- **Asesor metodológico:**

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.33

Matrícula: 98020718 Teléfono: (664) 329 8837

Correo: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

- **Asesor temático: Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta**

Adscrito a la UMF No.27

Matricula: 99266582

Tel: (664) 1 30 51 66

Correo: dr.robertgastelum@gmail.com

3.- RESUMEN

TITULO: Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana.

Investigadores: Castro-Mejía JR. Bermúdez-Villalpando VI. Gastelum-Actos JR

Antecedentes: El consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias entre los adolescentes cada vez es más frecuente y suscita una preocupación social. Se ha visto en los últimos años, en la población adolescente, un descenso en el consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, ha ido en aumento el consumo de drogas ilícitas como la marihuana y la cocaína. En México se reporta una prevalencia de consumo de cualquier droga en los estudiantes de 12 a 19 años de 18.6% para los hombres y de 15.9% para las mujeres, de manera que la prevalencia total de consumo es de 17.2%.

Objetivo: Determinar la prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana.

Material y Métodos: Tipo de Estudio: Prevalencia, descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. En 60 adolescentes derechohabientes de la UMF No 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Tijuana B.C. México. Se aplicará un cuestionario y con este identificar las variables a estudiar las cuales son: consumo de cocaína, marihuana, alcoholismo, tabaquismo y datos sociodemográficos en el periodo de Enero del 2018. Las variables categóricas se expresarán como porcentajes y las numéricas con promedio y desviación estándar. El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, se utilizará estadística descriptiva, análisis bivariado para asociación entre variables con prueba de Chi cuadrada de Pearson. Las diferencias estadísticamente significativas se considerarán con valores de $p < 0.05$. Los datos se procesarán con el programa estadístico SPSS versión 21.

Palabras clave: Adolescentes. Adicciones. Drogadicción. Primer nivel de atención.

4.- MARCO TEÓRICO

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta y está marcada por un complejo proceso de crecimiento físico y desarrollo biológico, psicológico, emocional y social. La cronología de estos aspectos puede variar mucho de un individuo a otro, habiendo en ocasiones un notable desfase entre la edad cronológica y la sexual o psicológica de cada adolescente.¹

La adolescencia es un período muy problemático y de alto riesgo; la mayoría de los problemas de salud de la etapa adulta son consecuencia de los comportamientos y hábitos que se inician en este periodo; como es el consumo de drogas.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como adolescencia la etapa que transcurre entre los 12 y 19 años, considerando dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y tardía 15 a 19 años.²

Así como la toma de decisiones sociales, elección de modas, de pertenencia a grupos, la explosión de la identidad sexual y de la sexualidad en su conjunto.³

Está claro que, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas; siendo el alcohol, la nicotina y la marihuana, una puerta de entrada a otras drogas ilícitas y a patrones de consumo en la línea de la dependencia y/o adicción, hacia la vida adulta. De este modo es importante definir las características de estos adolescentes y el lugar que ocupa el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas en el mundo, en México y en Baja California.⁴

El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, de etiología multifactorial en la que influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales.⁵

Se sabe que su consumo es una práctica común entre los adolescentes, se trata de una droga legal en la que muchos de ellos buscan respuestas ante sentimientos de incompreensión por parte de sus familias.⁶

En México el consumo de alcohol es un tema importante en materia de salud pública, la proporción de personas que cumplen los criterios de abuso/dependencia, es mayor a cuatro millones (Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2008). Villatoro et al. Reitera la edad de inicio en el consumo de alcohol a los 12.6 años y que abusar del alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad prematura o días vividos sin salud.⁷

Además, su consumo se relaciona con conductas que ponen en riesgo la vida tanto del consumidor como la de los demás. Evitar o retrasar el inicio del consumo de alcohol en la adolescencia es importante ya que si se evita el uso de estas sustancias se puede reducir o prevenir el uso drogas ilegales.⁷

La nicotina es una potente sustancia psicoactiva y altamente adictiva que, en apenas 10 segundos tras ser inhalada, llega al cerebro, donde se une a los receptores colinérgicos nicotínicos, produciendo liberación de neurotransmisores, fundamentalmente de dopamina, generando en la persona fumadora una clara dependencia física.⁸

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina (mediante soporte psicológico y fármacos cuando no estén contraindicados), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno.⁸

La OMS considera el tabaquismo como uno de los principales problemas sanitarios en todo el mundo, sobre todo en la población infantil y adolescente. Para entender este fenómeno se requiere una visión holística que oriente el problema como un acontecimiento social que hay que comprender, y encontrarle sentido a partir de los significados que los propios adolescentes le conceden.⁹

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible. La asociación del tabaquismo al desarrollo personal y social del individuo genera problemas en la adolescencia y enfermedad en la vida adulta. Según la OMS, se prevé que para el año 2030 diez millones de personas pueden morir al año de forma prematura por enfermedades relacionadas con el tabaco. Los jóvenes a menudo tienen la expectativa de que dejarán de fumar pronto, pero la naturaleza adictiva de la nicotina lleva a muchos a continuar fumando durante décadas.¹⁰

Fumar tabaco es responsable de una de las adicciones más violentas y peligrosas. En comparación, los riesgos del consumo de nicotina bajo otras formas son menores.¹¹

El uso de sustancias psicoactivas (SPA) ha estado presente en diferentes épocas y culturas. En la historia de la humanidad se encuentran asociadas a ritos, festejos y actividades cotidianas y, en la actualidad, la diversidad de sus usos y contextos las presentan como un fenómeno de carácter global que afecta la salud pública. Los trastornos por su uso constituyen un serio problema de salud pública a nivel mundial, que se traducen en diversos problemas médicos, psicológicos, psicosociales e interpersonales.¹²

El consumo de SPA; como el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, la heroína y las pastillas tienen efectos sobre la salud y bienestar del adolescente de forma

directa (sobredosis, enfermedades cardiovasculares) e indirecta (accidentes de tráfico, deterioro familiar).¹³

El Informe Mundial sobre Drogas de 2010 señala que el cannabis continúa siendo la droga que más se produce a nivel mundial y la sustancia ilícita de mayor consumo en casi todos los países del mundo. En la actualidad, entre 130 y 190 millones de personas la fuman al menos una vez por año. Aunque este nivel de consumo puede ser considerado bajo, es importante recordar que el riesgo de adicción depende no sólo de la cantidad, sino también de factores genéticos y de la edad de inicio del consumo, además de la susceptibilidad personal. Asimismo, las tendencias globales muestran que conforme mejora el nivel de desarrollo económico de los países, aumenta el consumo de marihuana.¹⁴

El *cannabis* interviene indirectamente sobre la producción de dopamina e interactúa con receptores cannabinoides específicos de tipo 1 (CB1), los que se expresan intensamente en el hipocampo y en el cerebelo, lo que explica las implicancias de estas áreas en las alteraciones funcionales asociadas al consumo de esta droga.¹⁴

La ciencia por su parte nos habla de los daños, y también de los eventuales beneficios que podría tener el consumo de esta sustancia. Entre estos últimos se menciona la disminución de dolores crónicos sin causa determinada, reducción de espasmos, mejoramiento de la movilidad en esclerosis múltiple, y disminución de náuseas por quimioterapia o sida. Sin embargo, ninguno de estos beneficios se refiere a los adolescentes. Respecto a los daños, hay estudios que señalan que el consumir antes de los 17 años provocaría cambios neurobiológicos mayores que si el inicio es posterior.¹⁵

Pruebas sensitivas neuropsicológicas y avanzadas técnicas imagenológicas

demuestran afectación en el proceso de aprendizaje en adolescentes consumidores. Asimismo, la marihuana aumenta el deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple.¹⁶

A lo largo de los años, en la población estudiantil se han observado cambios en las preferencias de sustancias, como el consumo de marihuana que era primero, y posteriormente, durante casi dos décadas, los inhalables estuvieron en primer término. Hacia la década de 1990 el consumo de marihuana recuperó el primer lugar, pero también se registró un crecimiento importante en el consumo de cocaína.¹⁷

Los adolescentes consumidores minimizan los riesgos asociados al consumo. Estos ya no son marginales ni marginados, sino que son adolescentes y jóvenes que viven perfectamente integrados en su familia, escuela y sociedad, y que han optado por consumos de drogas con pretendidas finalidades “socializantes”, “festivas” o recreativas. Factores como la curiosidad, las ganas de vivir nuevas experiencias, la emoción por el riesgo, la necesidad de autoafirmación y de transgresión respecto a las normas familiares, escolares y sociales, la convicción subjetiva de “control” y de invulnerabilidad, la presión del grupo y, por lo tanto, de los amigos que otorgan cartas de integración y de identidad, la diversidad y la accesibilidad de las drogas, la disponibilidad de tiempo y recursos económicos por parte de los adolescentes, son algunos factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas.¹⁸

La cocaína deriva del nombre científico de la planta *Erythroxylon coca*: su aspecto es el de un polvo blanco, fino y cristalino. Fue aislada de las hojas de la planta por el químico alemán Friedrich Gaedcke, en 1885. Sin embargo, es a Albert Niemann a quién se le otorga el crédito de haberla aislado en 1859 como la conocemos.¹⁹

Históricamente las hojas de coca han sido utilizadas como vehículo cultural de uso cotidiano y diverso en múltiples contextos (mágico-religiosos, alimentarios, festivos, terapéuticos, etc.). Los antiguos incas ya conocían sus propiedades anestésicas y estimulantes. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, bebidas y tónicos muy populares, como el vino Mariani y la Coca-Cola, contribuyeron transculturalmente a su difusión, y el hecho de que médicos notables como Freud, Koller, Holsted, entre otros, recomendaran su uso para el tratamiento del morfinismo, la depresión o como anestésico local fue, sin duda, una variable relevante que contribuyó a su popularización.²⁰

La cocaína incrementa los niveles de Noradrenalina (NA), Dopamina (D) y en menor medida de Serotonina por bloqueo de su recaptación presináptica. El aumento de Dopamina media la euforia que produce y parece el principal implicado en el mecanismo de adicción por la relación estrecha de este neurotransmisor con el sistema de recompensa cerebral.²¹

4.1 ANTECEDENTES

Actualmente uno de cada cuatro adolescentes ha consumido alguna sustancia en el último mes, siendo las más frecuentes el alcohol, el tabaco y el cannabis. Además, los estudiantes de 14 a 18 años están incrementando el consumo de cocaína. La prevalencia de consumo en España de cannabis y cocaína en población adolescente es de las más altas de Europa.²²

Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes. El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo. Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol puede tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias; además, pueden afectar gravemente a la vida comunitaria.²³

En la Unión Europea la cocaína es, tras el cannabis, la droga ilegal de mayor consumo entre los adultos jóvenes. Alrededor de 7,5 millones de jóvenes europeos de entre 15 y 34 años la han probado en alguna ocasión. La prevalencia media de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 5,3%. Sin embargo, cinco países superan esta cifra y, entre ellos, se encuentra España.²¹

Se estima que, en el año 2012, entre 162 y 324 millones de personas (entre 3.5% y el 7.0% de la población mundial), habían utilizado alguna droga ilícita al menos una vez en el último año, principalmente sustancias del grupo del cannabis, opioides, cocaína o estimulantes tipo anfetamínico.²¹

Específicamente en Estados Unidos, el consumo de drogas ilegales en personas de

12 o más años alcanzó el nivel más alto en los últimos 10 años, pasando de 14.9% en 2011 a 16.0% en 2012, debido principalmente al uso de cannabis, especialmente entre los jóvenes. El consumo de cocaína se mantuvo estable entre los jóvenes, pero mostró un ligero aumento en la población adulta. Entre los jóvenes de 12 a 17 años, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en el último año disminuyó de 19.0% en 2011 a 17.9% en 2012, siendo éste el nivel más bajo encontrado en los últimos 10 años.²⁴

Según Guía de Práctica Clínica en adicción para adolescentes y adultos en un primer nivel de atención 2015, el consumo de drogas alguna vez en la vida se ubicó en 3.3% mientras que el consumo del último año de cualquier droga fue del 1.6%.²⁴

En México los resultados del estudio indican que la prevalencia alguna vez de consumo de cualquier droga en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 18.6% para los hombres y de 15.9% para las mujeres, de manera que la prevalencia total de consumo es de 17.2%.²⁴

Se encontró una disminución en la prevalencia de consumo de tabaco en hombres adolescentes, de 14.5% en 2000 a 12.3% en 2012. Según la ENSANUT 2012(24), en promedio, los adolescentes fumaron por primera vez un producto de tabaco a los 14.6 años y no se observa diferencia entre hombres y mujeres. El 15.8% inició a los 12 años o antes, 50.5% entre los 13 y los 15 años y 33.7% de 16 a 19 años.²⁴

La prevalencia de consumo diario de tabaco se redujo entre los adolescentes de 4.8% en 2000 a 2.6% en 2012.²⁵

25 de cada 100 adolescentes reportaron haber consumido alcohol durante el año previo a la encuesta. Entre los adolescentes hombres, 11 de cada 100 reportaron

haber consumido cinco copas o más por ocasión en la que bebieron (definición de abuso) al menos una vez al mes. Entre los años 2000 y 2012 no se observa un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje total de adolescentes que consumen alcohol (24.8% en 2000; 25% en 2012).²⁵

5.- JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes debido a los grandes avances tecnológicos y a la globalización tienen a su alcance un abanico de drogas muy diverso, el consumo de estas sustancias ha experimentado en los últimos años y en las denominadas sociedades del bienestar un gran proceso de transformación, actualmente son vividas como un elemento de consumo más dentro del contexto de la llamada cultura del ocio.¹⁸

Su consumo ha aumentado en los últimos años principalmente entre los jóvenes. Prácticamente uno de cada cuatro ha consumido alguna sustancia en el último mes, siendo las más frecuentes el alcohol, el tabaco y el cannabis. Además, los estudiantes de 14 a 18 años están incrementando el consumo de cocaína.²²

Por lo anteriormente expuesto considero importante tener el conocimiento sobre la prevalencia de adicciones en los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana, para contar con la información que nos permita medir la problemática, logrando identificar y en caso necesario derivar a estos adolescentes a los servicios correspondientes.²²

6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias entre los adolescentes cada vez es más frecuente y suscita una preocupación social. Se ha visto en los últimos años, en la población adolescente, un descenso en el consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, ha ido en aumento el consumo de drogas ilícitas como la marihuana y cocaína.

Está claro que, ciertas características de la adolescencia pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas; siendo el alcohol, la nicotina y la marihuana, una puerta de entrada a otras drogas ilícitas y a patrones de consumo en la línea de la dependencia y/o adicción, hacia la vida adulta.⁴

El consumo de estas sustancias y sus consecuencias sociales y para la salud son un tema de interés para múltiples sectores de la sociedad; una de las inquietudes más comunes es conocer de qué magnitud es el problema.¹⁷

En México se reporta una prevalencia de consumo de cualquier droga en los estudiantes de 12 a 19 años de 18.6% para los hombres y de 15.9% para las mujeres, de manera que la prevalencia total de consumo es de 17.2%.²⁴

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de adicciones en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana?

7.- OBJETIVO

GENERAL

- Determinar la prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana.

ESPECIFICOS

- Detectar cual es la sustancia que más se consume por los adolescentes.
- Identificar la edad más frecuente a la que se inicia el consumo de drogas.
- Conocer el género y la edad que más se relaciona con el consumo de sustancias.

8.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

No aplica.

9.- MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: Prevalencia, descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 27 (UMF No.27) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Tijuana B.C. México.

Periodo: Enero 2018

Muestra: 60 adolescentes de 12-19 años derechohabientes de la UMF No.27

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la prevalencia encontrada en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) la cual fue estimada en 3.3%

Formula de prevalencia: $N = (Z)^2 \cdot p(1-p) / (M)^2$.

Donde:

N= Tamaño de muestra.

Z= Nivel de significancia del 95% (valor std 1.96).

P= Prevalencia estimada.

M= Margen de error del 5% (0.05).

Mas el 20 % por perdidas de la muestra.

Criterios de inclusión: Adolescentes de 12 a 19 años derechohabientes de la UMF No. 27, y que sus padres firmen carta de consentimiento informado en caso de ser menores de edad y adolescente menor de edad asentimiento informado. En adolescentes mayores de edad firmen carta de consentimiento informado.

Criterios de no inclusión: Adolescentes menores de 18 años que no vengan con un padre o tutor.

Criterios de eliminación: Adolescentes que no contesten adecuadamente el cuestionario.

Métodos: Previa aprobación del presente estudio por el comité local de investigación, y ética local de investigación en salud (CLIEIS), se solicitará permiso a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 (UMF 27), para la aplicación

de cuestionarios, en el auditorio para mantener la privacidad del paciente y recolectar la información correspondiente a los adolescentes.

Inicialmente se identificará a la población a estudiar y se le solicitará de manera atenta participar en el estudio. Posteriormente se le entregará a firmar el consentimiento a los padres y asentimiento al adolescente donde se describen las principales características del estudio para aprobar su participación, se incluirán los adolescentes que cumplan los criterios de inclusión antes descritos. Se pedirá responder la hoja de recolección de datos que consiste en 10 ítems que permitirán recabar detección de adicción al tabaco, alcohol, cocaína y/o cannabis de los participantes. Se realizará el test de alcoholismo para adolescentes TEST AUDIT, éste test es una escala utilizada en la práctica clínica para el diagnóstico de alcoholismo. Es un cuestionario heteroaplicado. Consta con 10 apartados. Cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos. La valoración del test es distinta para hombres y mujeres. En hombre: Puntuación total de 0 a 7 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol. Puntuación total de 8-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Puntuación total de 13-40 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. En mujeres: Puntuación total de 0 a 5 puntos: Usted no tiene problemas con el alcohol. Puntuación total de 6-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Puntuación total de 13-40 puntos: Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol.

Una vez recabada la información se procederá a eliminar del estudio a todo aquel que cumpla con los criterios de exclusión antes descritos.

Análisis estadístico: La captura y análisis de datos se realizará con el programa estadístico SPSS versión 21. Las variables categóricas se expresarán como porcentajes y las numéricas con promedio y desviación estándar. Se utilizará estadística descriptiva, análisis bivariado para asociación entre variables con prueba de Chi cuadrada de Pearson. Las diferencias estadísticamente significativas se considerarán con valores de $p < 0.05$.

Variable dependiente: Alcoholismo, Tabaquismo, Cocaína, Cannabis.

Variable independiente: Edad, Género, Escolaridad, Estado civil.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Adicción: Hábito de conductas peligrosas o de consumo de determinados productos, en especial drogas, y del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica

Edad: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Género: Condición biológica que distingue a las personas en hombre y mujer.

Escolaridad: Periodo de tiempo en el que una persona asiste a la escuela.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y situación legal respecto a esto.

Alcoholismo: Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.

Tabaquismo: Practica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.

Cannabis: Droga que se obtiene de la mezcla de hojas y flores secas del cáñamo índico con sustancias aromáticas y azucaradas, que produce sensaciones euforizantes y alucinógenas.

Cocaína: Sustancia que se extrae de las hojas de la coca (arbusto eritroxiláceo) y que tras ser sometida a diversos tratamientos químicos se utiliza como droga o como anestésico local en medicina; como droga suele presentarse en forma de polvo blanco que se esnifa y es muy tóxica y adictiva.

10- ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo.

La ética de esta investigación respeta de forma primordial los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea en Fortaleza, Brasil 2013, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones. Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos así como del resguardo de los mismos. Dado que se aplicará encuesta y se manejarán datos personales, será necesario solicitar una carta de consentimiento informado del paciente, en la cual se incluye fecha y nombre de quien lo solicita, así como los beneficios de su participación como lo son la identificación del riesgo de adicciones y en caso de detectarse alguna alteración en los resultados de la encuesta se derivará

al paciente a su Médico Familiar para su seguimiento y tratamiento integral. Se pedirá la aprobación del estudio por el comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California y autorización del director de la Unidad de Medicina Familiar

11- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

1.- HUMANOS

- **Investigador principal:** José Rubén Castro Mejía Médico.

Residente de Medicina Familiar.
- **Asesor metodológico:** Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.33
- **Asesor Temático:** Dr. Jesus Roberto Gastelum Acosta.

Médico Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar N.27
- Adolescentes de 12 a 19 años derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 27.

2.- FÍSICOS

- Área física: se hará uso del auditorio en la Unidad de Medicina Familia número 27 para la realización de las encuestas de forma personal por el paciente.
- Formatos de recolección de la información: copias de encuestas, copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blancas (3 resmas de hojas tamaño carta) y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

-

3.- FINANCIEROS

Serán solventados por el investigador principal.

4.- FACTIBILIDAD

El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización.

12.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplica

13- RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en encuestas a 60 adolescentes de 12 a 19 años que participaron en el protocolo de Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No 27.

EDAD

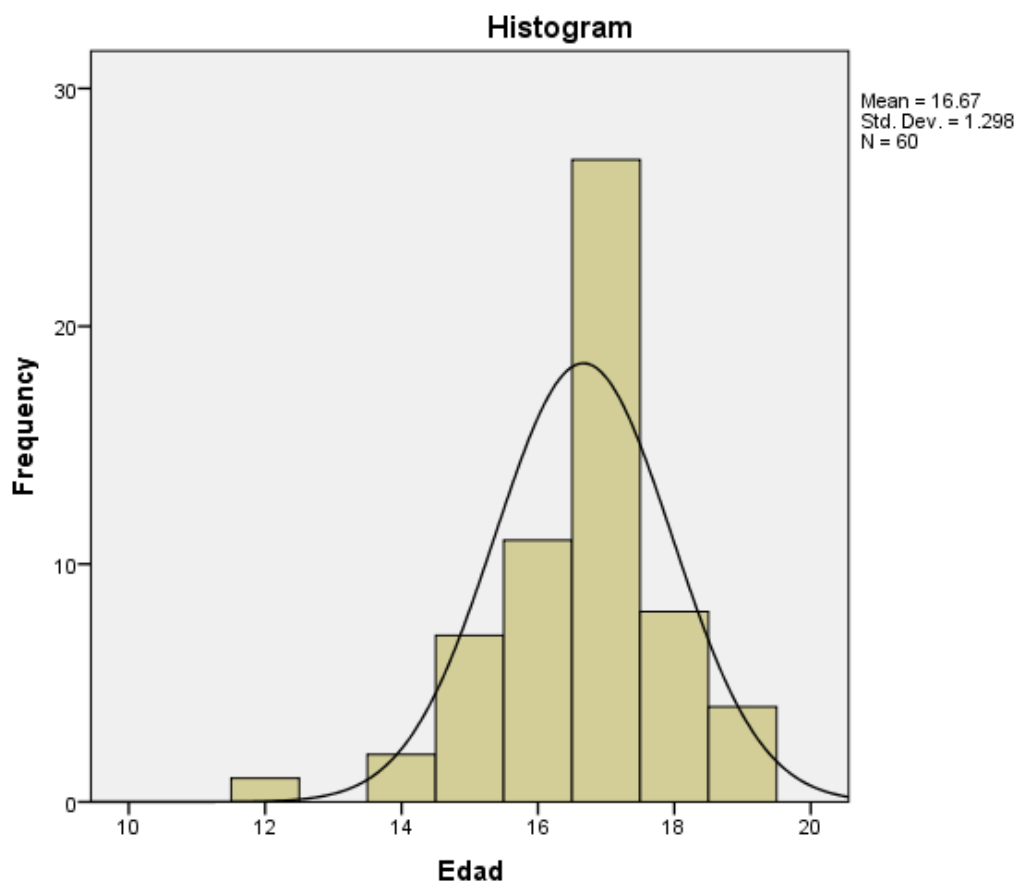
Medidas de tendencia central

Edad

N	Valid	Missing
	60	0
Mean	16.67	
Median	17.00	
Mode	17	
Std. Deviation	1.298	
Variance	1.684	
Range	7	
Minimum	12	
Maximum	19	
Sum	1000	

Edad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
12	1	1.7	1.7	1.7
14	2	3.3	3.3	5.0
15	7	11.7	11.7	16.7
16	11	18.3	18.3	35.0
17	27	45.0	45.0	80.0
18	8	13.3	13.3	93.3
19	4	6.7	6.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

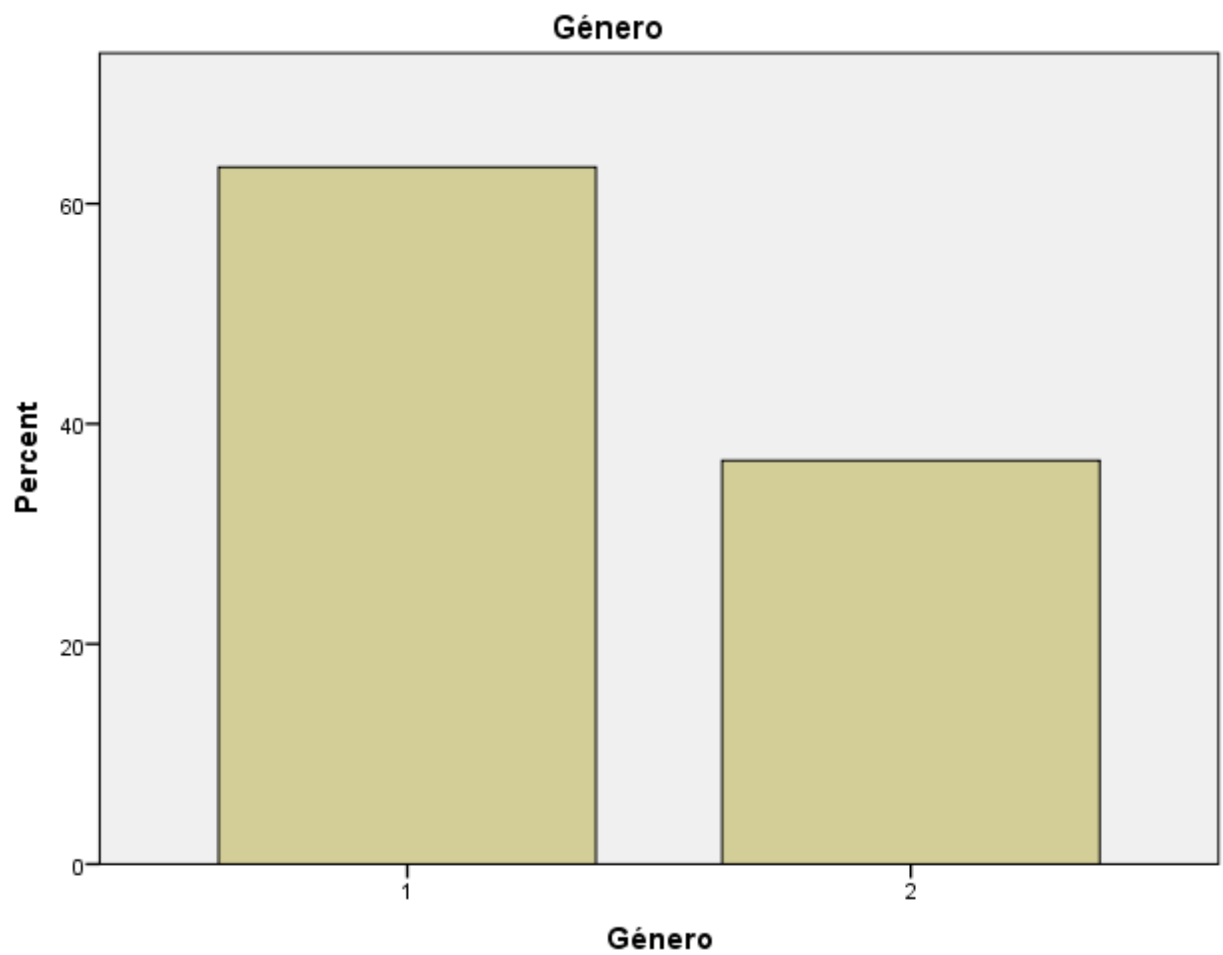


Género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Hombre	38	63.3	63.3	63.3
Mujer	22	36.7	36.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Hombres: 63.3% (n=38)

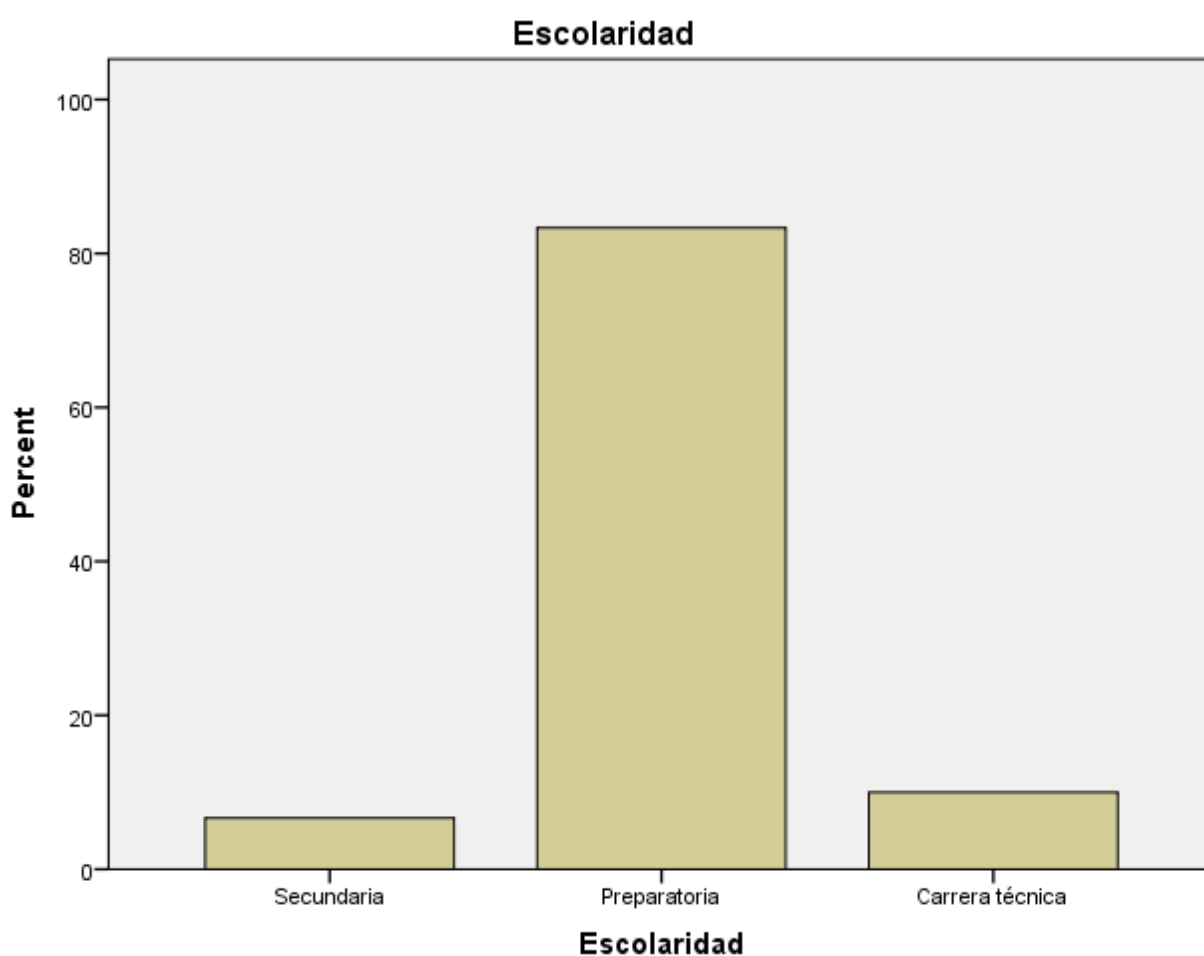
Mujeres: 36.7% (n=22)



Escolaridad

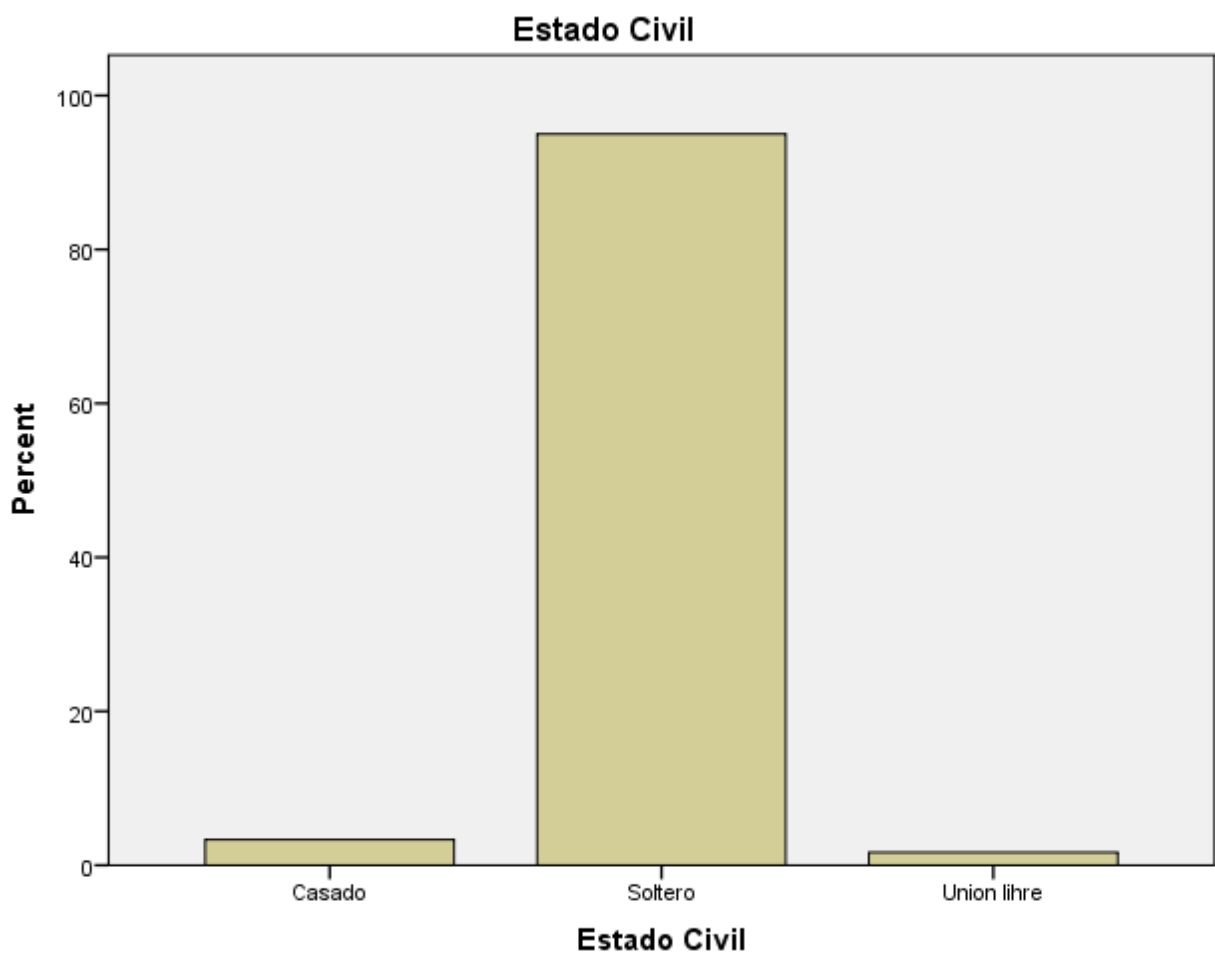
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Secundaria	4	6.7	6.7	6.7
Preparatoria	50	83.3	83.3	90.0
Carrera técnica	6	10.0	10.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

La mayoría de los participantes cursan la preparatoria comprendiendo el 83.3% (n=50) seguidos de carrera técnica con el 10% (n=6) y por último 6.7% (n=4) de los encuestados refiriendo secundaria.



Estado Civil				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casado	2	3.3	3.3	3.3
Soltero	57	95.0	95.0	98.3
Union libre	1	1.7	1.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

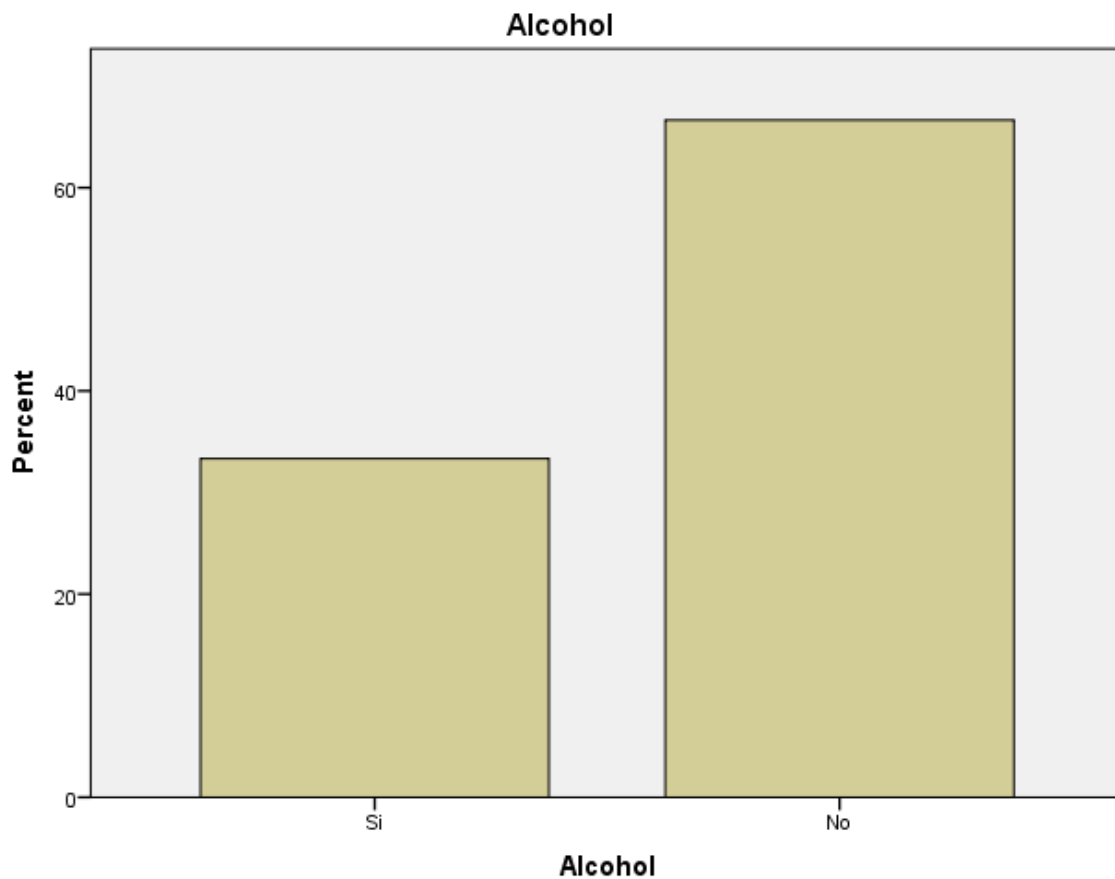
La gran mayoría de los encuestados refiriendo ser solteros siendo el 95% (n=57) seguidos por casados 3.3% (n=2) y por último el 1.7% (n=1) de los encuestados refirieron vivir en unión libre.



Alcohol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	20	33.3	33.3	33.3
No	40	66.7	66.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

La mayoría de los encuestados refieren no consumir alcohol comprendiendo el 66.7% (n=40) de la muestra en contraste el 33.3% (n=20) de los adolescentes consume bebidas alcohólicas. Cabe recordar que solo el 19.7% (n=12) de los adolescentes tienen mayor de 18 años (18,19).

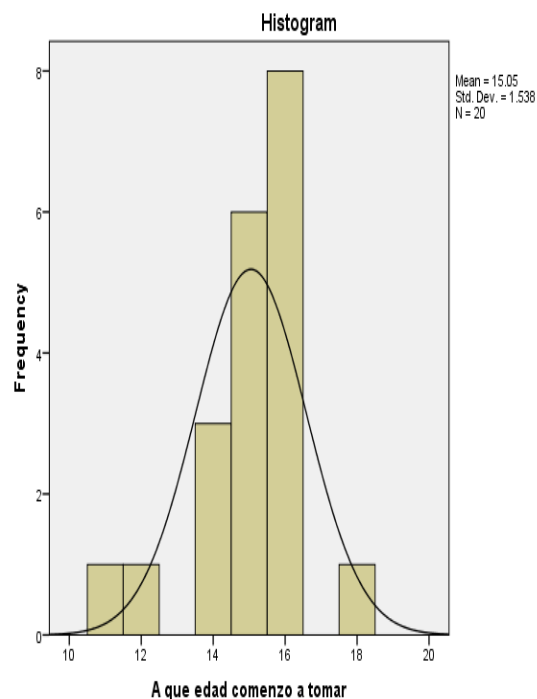


A que edad comenzo a tomar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
11	1	5.0	5.0	5.0
12	1	5.0	5.0	10.0
14	3	15.0	15.0	25.0
Valid 15	6	30.0	30.0	55.0
16	8	40.0	40.0	95.0
18	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

La mayoría de los encuestados iniciaron a consumir bebidas alcoholicas a los 16 años comprendiendo el 40% (n=8) y la edad minima fue a los 11 años (n=1)

Statistics



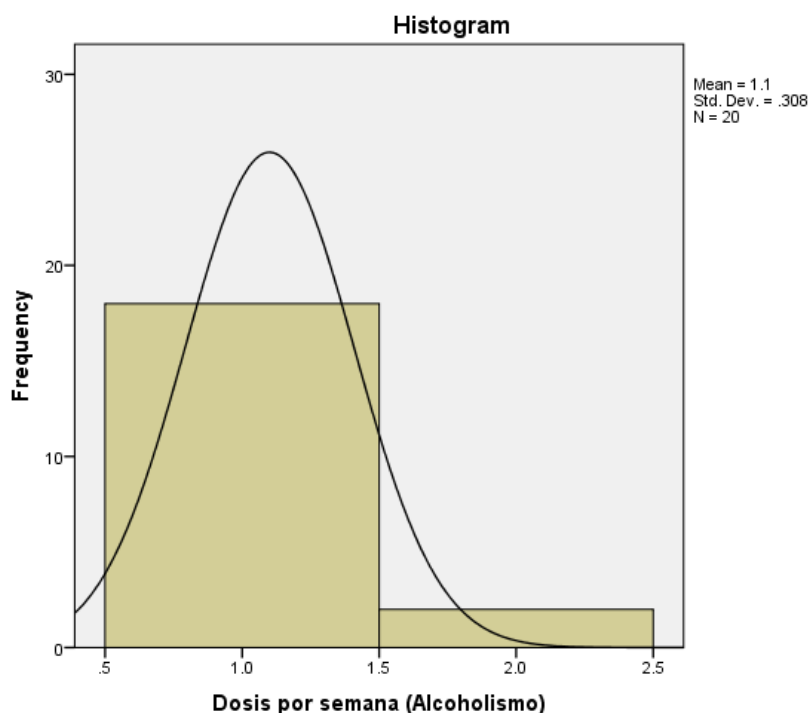
A que edad comenzo a tomar

N	Valid	20
	Missing	0
Mean		15.05
Median		15.00
Mode		16
Std. Deviation		1.538
Variance		2.366
Range		7
Minimum		11
Maximum		18
Sum		301

Dosis por semana (Alcoholismo)				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	18	90.0	90.0	90.0
Valid 2	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

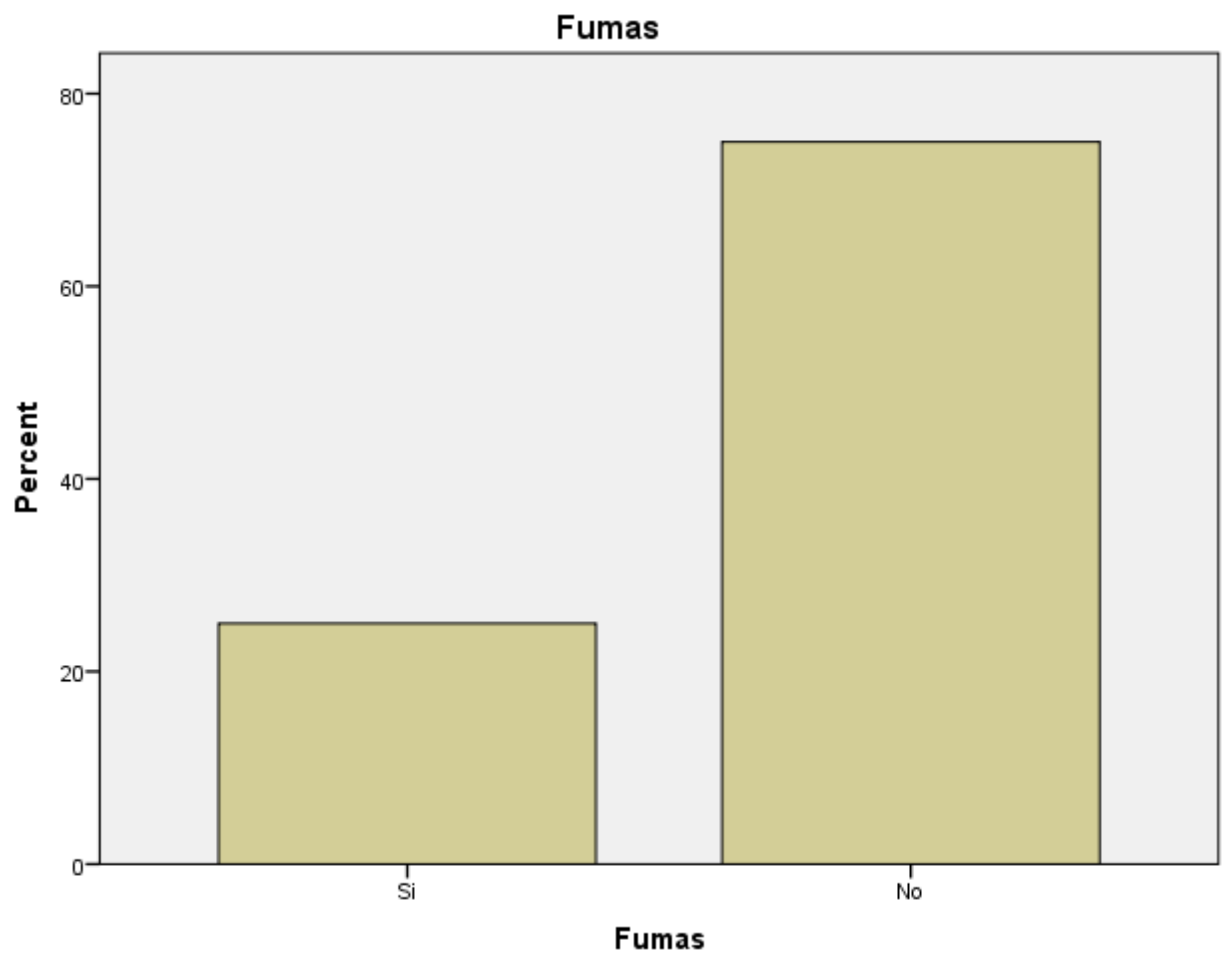
El 10% (n=2) de los encuestados refieren consumir bebidas alcohólicas 2 veces por semana, mientras que el 90% (n=18) una sola ocasión.

Statistics		
Dosis por semana (Alcoholismo)		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		1.10
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.308
Variance		.095
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		22



Fumas				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	15	25.0	25.0	25.0
No	45	75.0	75.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

El 25% de los encuestados (n=15) refiere fumar y el 75% (n=45) nos refiere no haber fumado nunca durante su vida.



Dosis por semana (Fumar)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	5	33.3	33.3	33.3
2	6	40.0	40.0	73.3
3	1	6.7	6.7	80.0
Valid 4	1	6.7	6.7	86.7
7	1	6.7	6.7	93.3
8	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

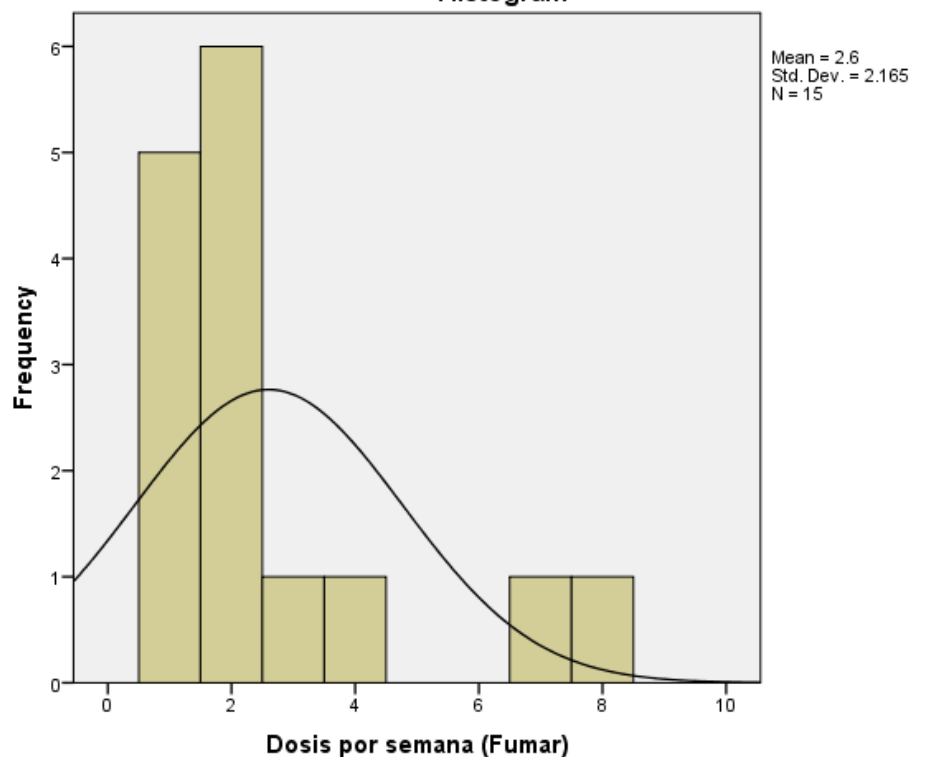
De los encuestados que refieren sí haber fumado alguna vez, el 40% (n=6) lo hace 2 veces por semana y el 33.3% (n=5) lo hace en una ocasión.

Statistics

Dosis por semana (Fumar)

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		2.60
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		2.165
Variance		4.686
Range		7
Minimum		1
Maximum		8
Sum		39

Histogram



Marihuana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Si	5	8.3	8.3	8.3
Valid No	55	91.7	91.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

El 8.3% n=5 refiere haber consumido marihuana mientras que el 91.7% (n=55) nunca ha consumido.

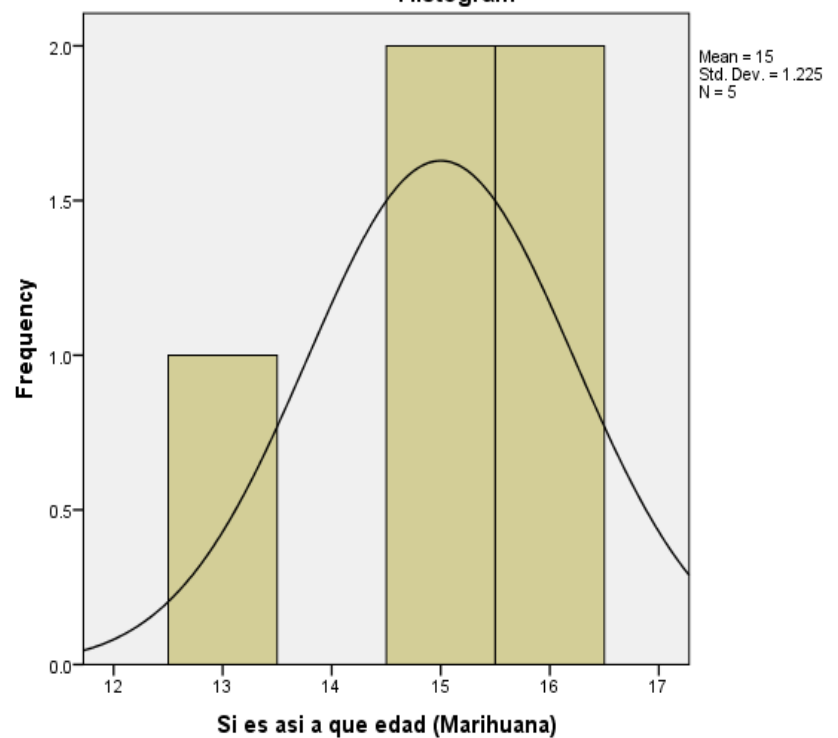
Statistics

Si es asi a que edad (Marihuana)

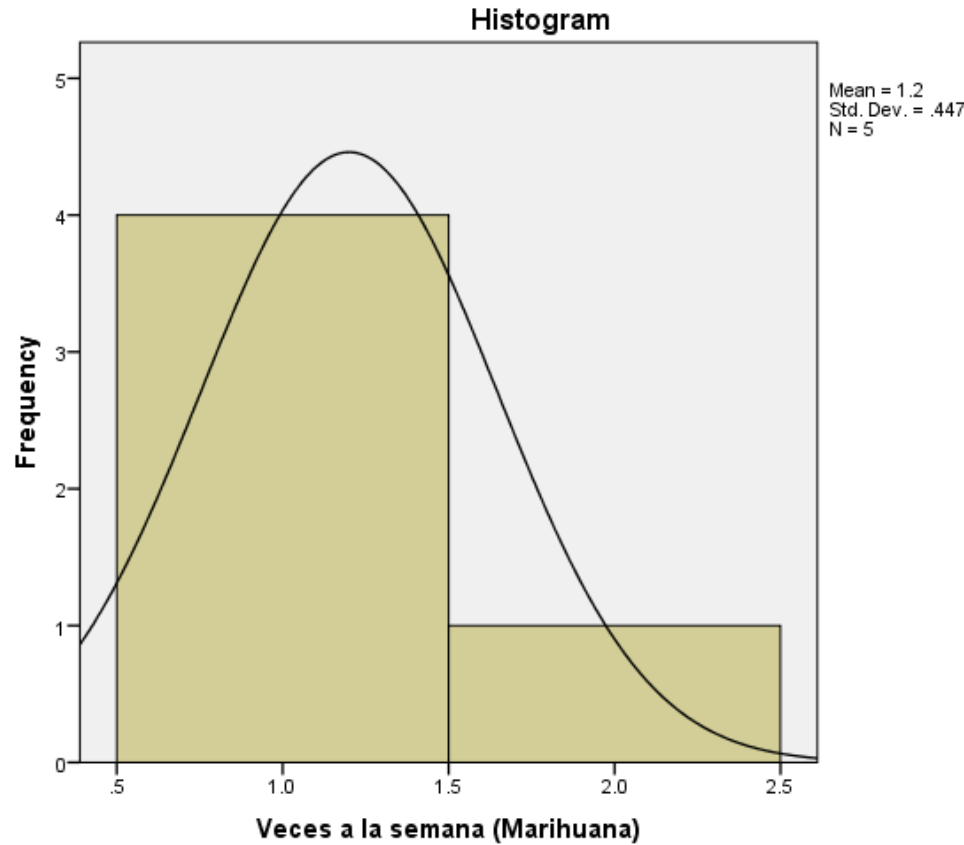
N	Valid	5
	Missing	0
Mean		15.00
Median		15.00
Mode		15 ^a
Std. Deviation		1.225
Variance		1.500
Range		3
Minimum		13
Maximum		16
Sum		75

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Histogram



Statistics		
Veces a la semana (Marihuana)		
N	Valid	5
	Missing	0
Mean		1.20
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.447
Variance		.200
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		6



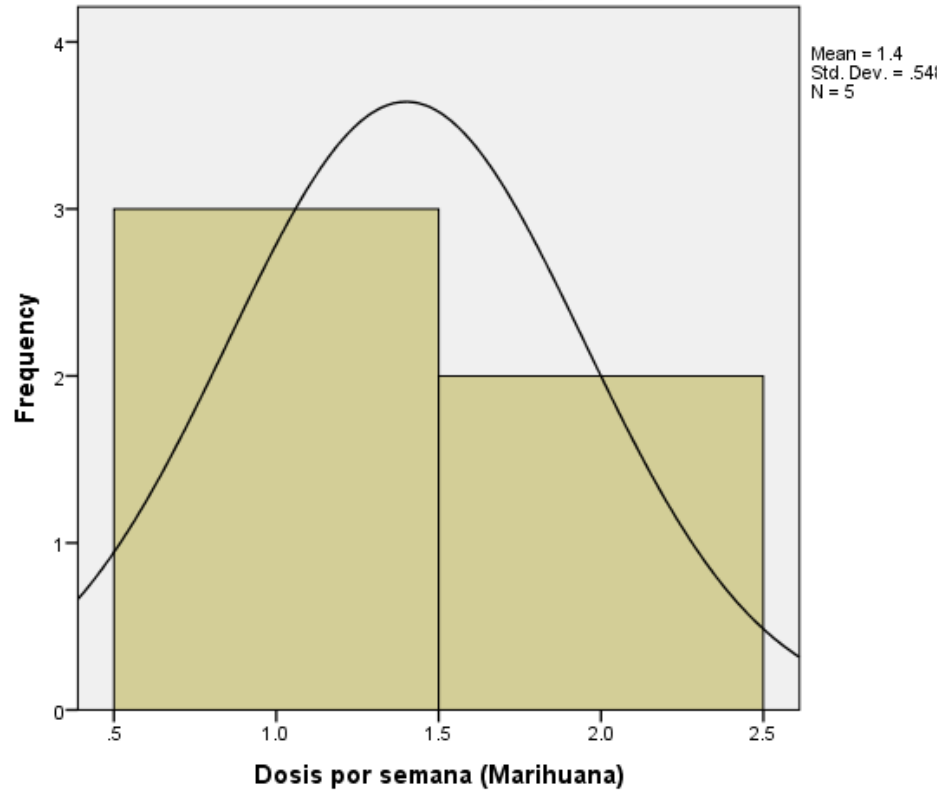
Veces a la semana (Marihuana)				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	80.0	80.0	80.0
Valid 2	1	20.0	20.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Statistics

Dosis por semana (Marihuana)

N	Valid	5
	Missing	0
Mean		1.40
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.548
Variance		.300
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		7

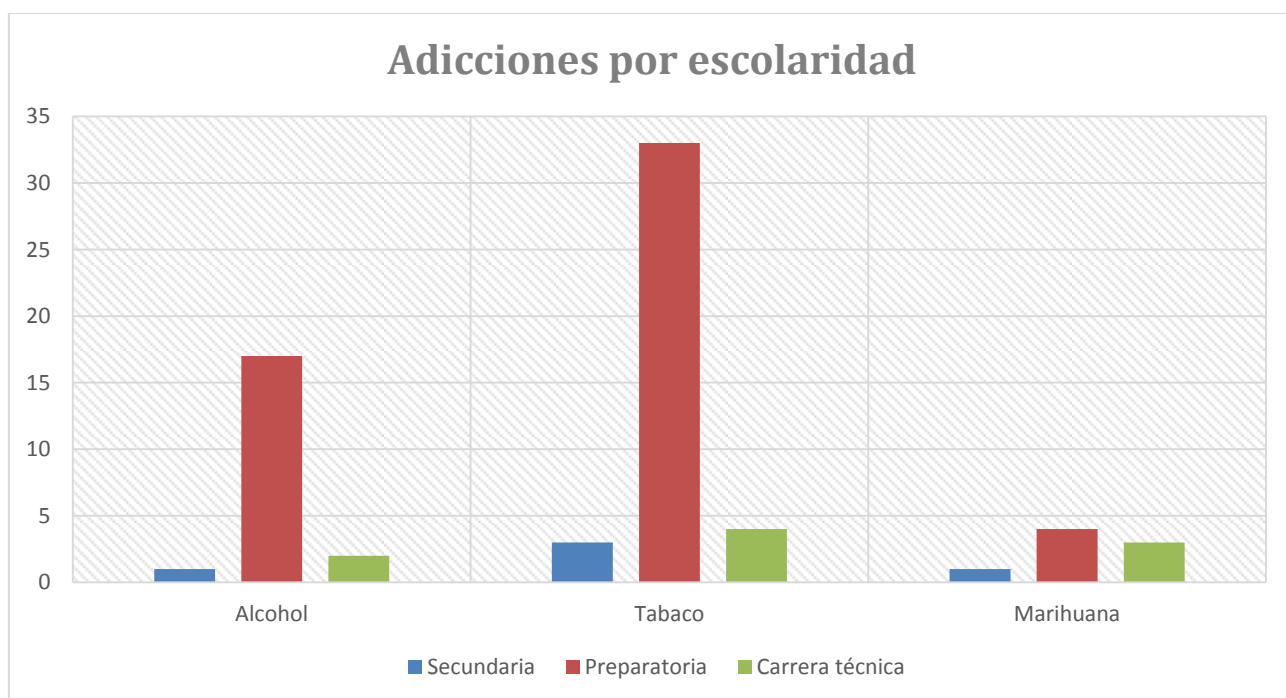
Histogram



Dosis por semana (Marihuana)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	60.0	60.0	60.0
Valid 2	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

		Escolaridad					
		Analfabeta	Sabe leer y escribir	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Carrera técnica
		Count	Count	Count	Count	Count	Count
Alcohol	Si	0	0	0	1	17	2
	No	0	0	0	3	33	4
Fumas	Si	0	0	0	1	14	0
	No	0	0	0	3	36	6
Marihuana	Si	0	0	0	1	4	0
	No	0	0	0	3	46	6



AUDIT TEST

Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Una o menos veces al mes	7	35.0	35.0	35.0
Valid De 2 a 4 veces al mes	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

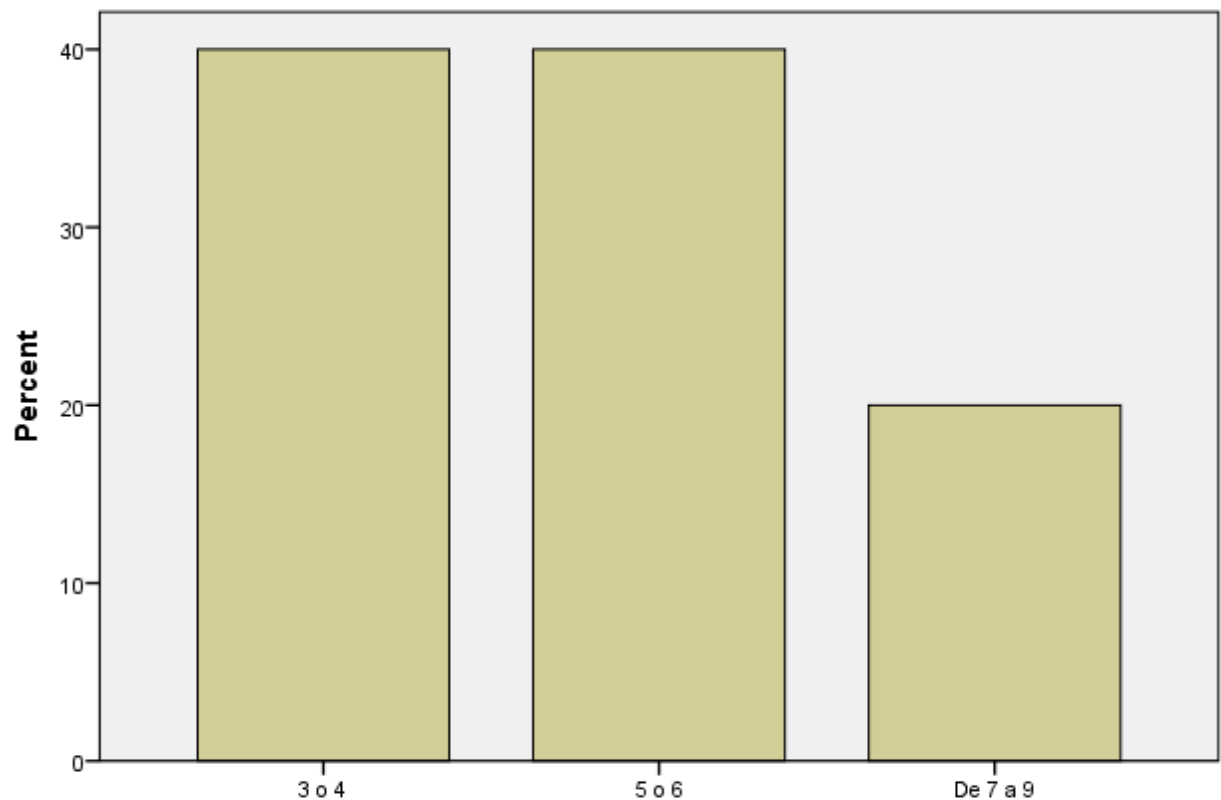
El 65% (n=13) de los encuestados respondió que consume bebidas alcohólicas de 2-4 veces por mes mientras que el 35% (n=7) una o menos veces al mes.



Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3 o 4	8	40.0	40.0	40.0
5 o 6	8	40.0	40.0	80.0
De 7 a 9	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

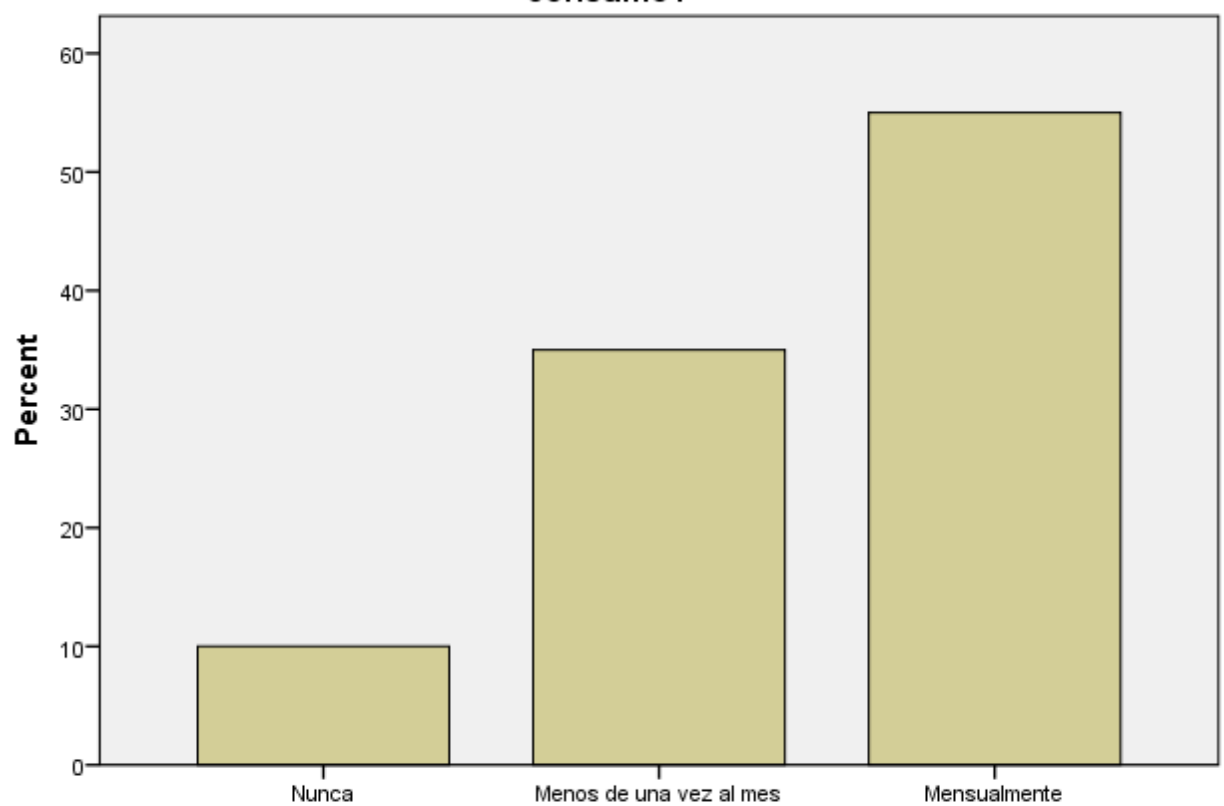


Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcoholicas en una sola ocasion de consumo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	2	10.0	10.0	10.0
Menos de una vez al mes	7	35.0	35.0	45.0
Mensualmente	11	55.0	55.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcoholicas en una sola ocasion de consumo?



Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcoholicas en una sola ocasion de consumo?

Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez habia empezado?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	20	100.0	100.0	100.0

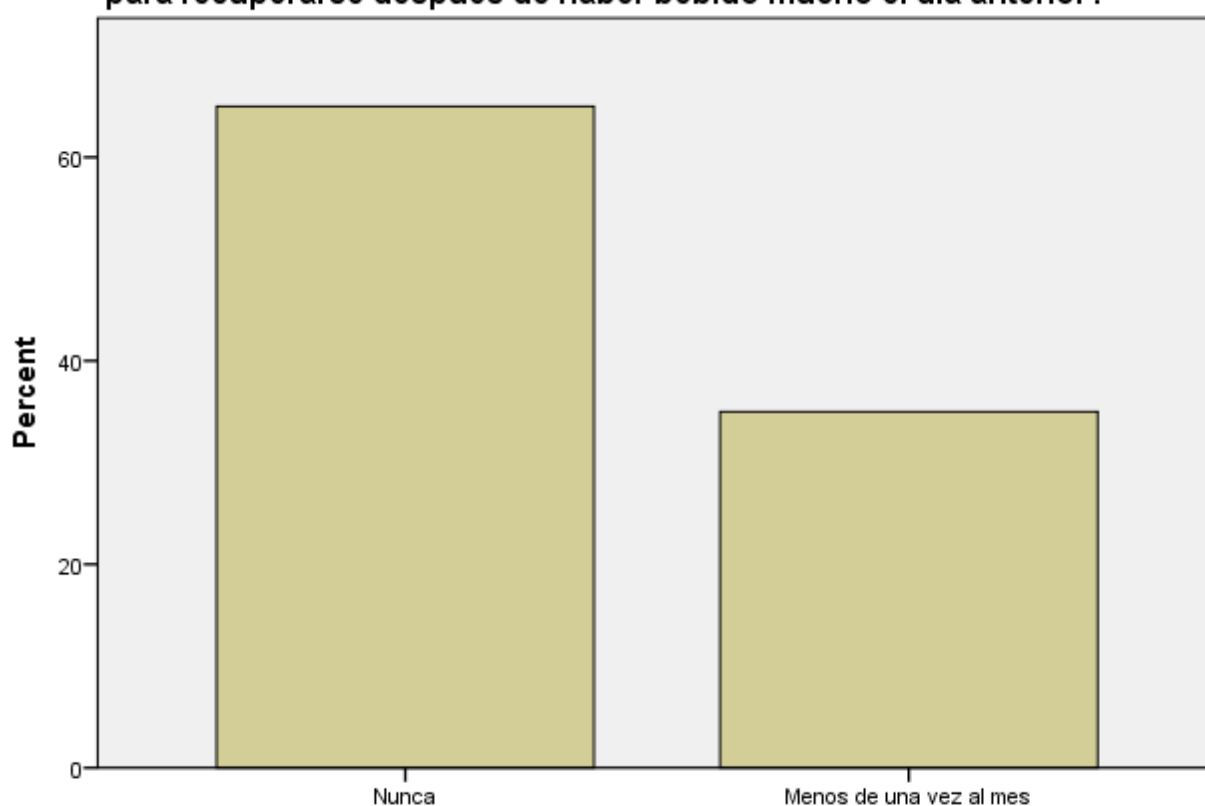
**Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había
bebido?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	20	100.0	100.0	100.0

Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse despues de haber bebido mucho el dia anterior?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	13	65.0	65.0	65.0
Valid Menos de una vez al mes	7	35.0	35.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse despues de haber bebido mucho el dia anterior?



Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse despues de haber bebido mucho el dia anterior?

**Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa
despues de haber bebido**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	20	100.0	100.0	100.0

**Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedio la noche anterior
porque habia estado bebiendo?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	20	100.0	100.0	100.0

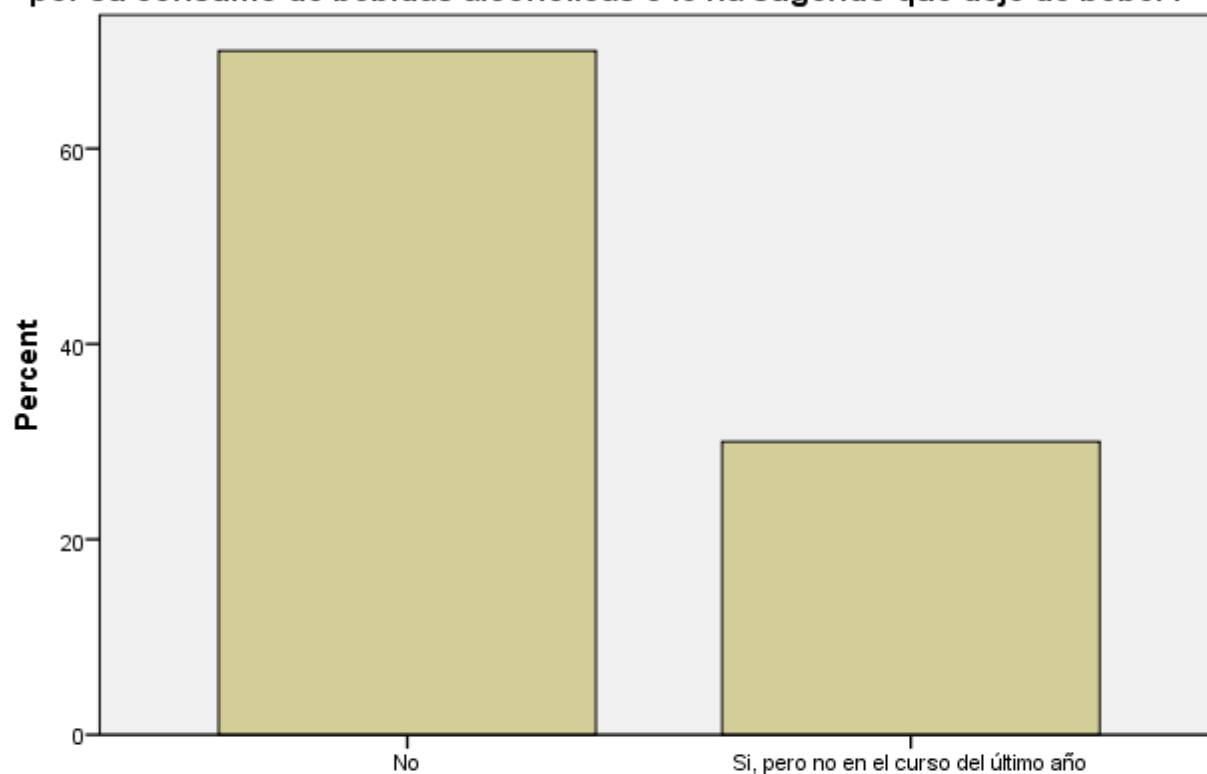
Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted habia bebido?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No	20	100.0	100.0	100.0

Algun familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No	14	70.0	70.0	70.0
Si, pero no en el curso del último año	6	30.0	30.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Algun familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?



Algun familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

14. DISCUSION

Tras el análisis de los resultados nuestro estudio identifico una prevalencia del 33.3% de los adolescentes consume bebidas alcohólicas, de los cuales el 90% lo hace una vez por semana y el 10% de 2 a 4 veces, mientras que en ENSANUT el porcentaje total de adolescentes que consumen alcohol (24.8% en 2000; 25% en 2012), por lo que superamos a la prevalencia nacional en alcoholismo.

En cuanto al tabaquismo el 25% de los encuestados refiere fumar y el 75% nos refiere no haber fumado nunca durante su vida, el 40% de los que respondieron a ser fumadores lo hace 2 veces por semana y el 33.3% lo hace en una ocasión. La prevalencia de consumo de tabaco en hombres adolescentes, fue de 14.5% en 2000 y 12.3% en 2012 según la ENSANUT 2012, superando la prevalencia nacional en tabaquismo.

El 8.3% de nuestros participantes ha consumido marihuana alguna vez durante su vida, mientras que el 91.7% nunca lo ha hecho, el 60% de los que si han consumido lo hacen 1 vez por semana y el 40% lo hace 2 veces por semana, mientras que en ENSANUT 2012 la prevalencia fue 17.9%.

Con los resultados en nuestro estudio y con los reportados por otros autores y encuestas la presencia adicciones en nuestros adolescentes es alta y representa un peligro ya que es una etapa demasiado susceptible, por lo que es aquí donde podemos realizar intervenciones o implementar programas de apoyo para reducir la incidencia en nuestra población.

15. CONCLUSION

14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hidalgo Vicario MI, Ceñal González Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2014;11(61):3579-87.
2. OMS (2017) Salud de la madre, el recién nacido, el niño, y el adolescente. 2017, Organización Mundial de la salud.
3. Pedreira-Massa J L, Blanco-Rubio V, Perez-Chacon M M, Quiroz S Psicopatología en la Adolescencia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2014;11(61):3612-21.
4. Maturana H. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(1):98-109.
5. Díaz Moreno H, Olmos Espinosa R, Martínez de Hoyos C. Alcoholismo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2007;9(86):5521-8.
6. Trujillo-Guerrero TJ, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Atención Familiar*. 2016;23(3):100-3.
7. Jiménez-López LM, Jurado-Cárdenas S. Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of behavior, health & social issues (México)*. 2014;6:37-50.
8. Camarelles-Guillem F, González-Gallarza RD, Clemente-Jiménez L, Díaz-Maroto-Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet-Ogué MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*. 2013;140(6):272.e1-.e12.
9. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Redondo-Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26:51-7.
10. Ariza C, García-Continente X, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Pérez A, Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28:25-33.
11. Wirth N, Derlon V, Michy B, Peyrin-Biroulet C, Martinet Y, Bouaziz H. Tabaquismo perioperatorio. *EMC - Anestesia-Reanimación*. 2015;41(2):1-12.
12. Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012;29:12-20.

13. María-Trujillo Á, Forns I-Santacana M, Pérez Gómez A. Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. 2007. 2007;19(2):12.
14. Mena I, Dörr A, Viani S, Neubauer S, Gorostegui ME, Dörr MP, et al. Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT. Salud mental. 2013;36:367-74.
15. Dörr A, Espinoza A, Acevedo J. Vivencia de la temporalidad en adolescentes consumidores habituales de marihuana. Actas Esp Psiquiatr. 2014;42(2):49-56.
16. Rivera-Olmos VM, Parra-Bernal MC. Cannabis: efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. 2016. 2016;54(5):9.
17. Villatoro-Velázquez JA, Medina Mora-Icaza ME, Del Campo-Sánchez RM, Fregoso I, Bustos-Gamiño MN, Resendiz-Escobar E, et al. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. 2016. 2016;39(4):11.
18. Jordi Royo Isach JMV, M.Angels Feliu Zapata. Drogas en adolescentes y jóvenes. ¿Que ha cambiado? FMC. 2015;22(10):544-53.
19. Bosque Jd, Fuentes Mairena A, Bruno Díaz D, Espínola M, González García N, Loredó Abdalá A, et al. La cocaína: consumo y consecuencias. Salud mental. 2014;37:381-9.
20. Royo-Isach J, Magrané M, Fernández-Pola O, Tosco M. Consumidores de cocaína: del uso recreativo al consumo adictivo. Una propuesta de intervención preventiva y asistencial. Atención Primaria. 2005;36(3):162-6.
21. González Llona I, Tumuluru S, González-Torres MÁ, Gaviria M. Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015;35:555-71.
22. María Ribas-Siñol NdPS, Jaume Claramount Mendoza. Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen. Actas españolas de psiquiatria 2015;43(6):197-204.
23. Salud OMDl. Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS. 2010;1(1):1-40.
24. JA Villatoro Velazquez NO. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de drogas. Secretaria de Salud. 2014;1(1):1-47.
25. JP Gutierrez JRD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. INSP. 2012.

15.- ANEXOS.

15.1.- Carta de autorización por el Director.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Tijuana, B.C. Diciembre 2017

Dr. Abraham Martínez
Director de UMF No. 27

PRESENTE:

Por medio de la presente se solicita su autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

**“Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar
No. 27 de Tijuana.”**

El cual consiste en aplicar una hoja de recolección de datos donde se determinaran las principales características sociodemográficas de los adolescentes, la cual nos ayudará a determinar la prevalencia 2017 de adicciones en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted agradeciendo de antemano todas sus atenciones.

Atentamente:

Dr. José Rubén Castro Mejía
Alumno de Especialización en Medicina Familiar

Autorizó:

Dr. Abraham Martínez. (Director de UMF No. 27)

Testigo

Testigo.

15.2.- Consentimiento Informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Nombre del estudio: Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana.

Lugar y fecha: Tijuana, Baja California, A ____ DE ____ del 2017.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: El consumo de drogas en los últimos años ha ido en aumento principalmente entre los jóvenes. Estudios demuestran que uno de cada cuatro ha consumido alguna sustancia en el último mes, siendo las más frecuentes el alcohol, el tabaco y el cannabis. Además, los estudiantes de 14 a 18 años están incrementando el consumo de cocaína. Por lo anterior considero importante determinar la prevalencia de adicciones en los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana, para contar con la información que nos permita medir la problemática en nuestro medio.

Procedimiento: Se aplicara un cuestionario que consta de 9 ítems y test AUDIT a los adolescentes que autoricen su participación en el estudio, previamente firmando un consentimiento por los padres si el participante es menor de 18 años y el asentimiento informado por el adolescente. Confiando en que sus respuestas se mantendrán en total confidencialidad.

Posibles riesgos y molestias: Su participación no tendrá ningún costo ni riesgo para su salud.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Proporcionara información que nos permita medir la magnitud del problema en nuestro medio. En caso de identificar consumo de alguna sustancia ilícita, se brindara apoyo por parte del equipo multidisciplinario intrahospitalario y derivación oportuna para manejo y orientación según corresponda.

Participación o retiro: Si usted no quiere participar, no le afectara de ninguna forma.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada será confidencial, todo los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que solo usara los códigos numéricos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador responsable: José Rubén Castro Mejía, adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27, Matrícula: 99268266, Teléfono: (667) 101 3572, Correo: jose_rubencastro@hotmail.com Colaboradores: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando Medico Familiar Adscrita a Unidad de Medicina Familiar No. 33 Matrícula: 98020718 Teléfono: (664) 329 88 37 Correo: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta Adscrito a Unidad de Medicina Familiar UMF No.27 Matricula 99266582. Teléfono: (664) 1 30 51 66 Correo: dr.robertogastelum@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de ética de investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso bloque "B" de la unidad de congresos, colonia doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.eticaQimss.gob.mx

Firma de quien obtiene el consentimiento

Firma de Padre o Tutor.

Nombre, dirección, relación y firma
(Testigo 1)

Nombre, dirección, relación y firma
(Testigo 2)

15.3.- Asentimiento Informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION.**

Título de proyecto: Prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana.

Objetivo: Identificar factores de riesgo biopsicosociales en adolescentes de la Unidad Medicina Familiar No. 27.

Hola mi nombre es **José Rubén Castro Mejía** médico residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente el Instituto está realizando un estudio para conocer prevalencia de Adicciones en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana. Y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una sencilla encuesta de 9 ítems sobre consumo de drogas y datos sociodemográficos; y test AUDIR para alcoholismo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporciones será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Acepto participar: ☐

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Observaciones: _____

15.4.- Hoja de Recolección de Datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

DD	MM	AAAA	
Fecha			Folio del participante

Por favor conteste cada uno de las

preguntas de este cuestionario.

(La información que

aquí consigne es de carácter confidencial)

1. **Edad:** _____ años (cumplidos).

***Marque con una (X) la respuesta que corresponda.**

2. **Género:**

(A) Hombre _____ (B) Mujer _____

3. **ESCOLARIDAD:** _____ (años)

- 1) Analfabeta.
- 2) Sabe leer y escribir.
- 3) Primaria.

- 4) Secundaria.
- 5) Preparatoria.
- 6) Carrera técnica

4. **Estado civil:**

(A) Casado _____ (B) Soltero _____ (C) Unión libre

5. **Consumes bebidas alcohólicas?**

(A) Si _____ (B) No _____

6 **¿Fumas (cigarros)?**

(A) Si _____ (B) No _____

7 ¿Consumes cocaína?

(A) Si _____ (B) No _____

8 ¿Consumes marihuana?

(Si _____ (B) No _____

9. Si alguna de las respuestas anteriores sobre consumo de drogas (Alcohol, Tabaco, Cocaína, Mariguana) Fue (SI) mencioné la edad a la cual lo hizo por primera vez. _____

ANEXO 15.5

TEST AUDIT.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

0. Nunca

1. Una o menos veces al mes

2. De 2 a 4 veces al mes

3. De 2 a 3 veces a la semana

4. Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

0. 1 o 2

1. 3 o 4

2. 5 o 6

3. De 7 a 9

4. 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

0. Nunca
1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0. Nunca
1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

0. Nunca
1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

0. No
2. Sí, pero no en el curso del último año
4. Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año
4. Sí, el último año

Anexo 15.6

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Medida a través de un ítem abierto situado en el cuestionario.	Cuantitativa	Número en años
Escolaridad	Periodo de tiempo en el que una persona asiste a la escuela	Medida a través de un ítem cerrado situado en el cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	1.- Analfabeta 2.-Sabe leer y escribir 3.-Primaria 4.- Secundaria 5.- Preparatoria 6.-Carrera tecnica
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y situación legal respecto a esto	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	1) Casado 2) Soltero 3) Union libre
Alcoholismo	Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	1. Sí 2. No
Tabaquismo	Practica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	1. Sí 2. No

Mariguana	Droga que se obtiene de la mezcla de hojas y flores secas del cáñamo índico con sustancias aromáticas y azucaradas, que produce sensaciones euforizantes y alucinógenas.	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. NO
Cocaína	Sustancia que se extrae de las hojas de la coca (arbusto eritroxiláceo) y que tras ser sometida a diversos tratamientos químicos se utiliza como droga o como anestésico local en medicina; como droga suele presentarse en forma de polvo blanco que se esnifa y es muy tóxica y adictiva.	Medida a través de un ítem cerrado en el cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No