

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Consumo de sustancias adictivas en jóvenes de 18 a 35 años, en una unidad de medicina familiar del IMSS, Tabasco”

**Tesis para obtener el Grado de:
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:
Jannay Broca García**

**Director:
M. en C. Elías Hernández Cornelio**

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2021.



ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Jannay Broca García
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez, Dr. en C. Griselda Hernández Ramírez, M. en C. Ricardo González Anoya y la Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego, impresión de la tesis titulada: "**Consumo de sustancias adictivas en jóvenes de 18 a 35 años, en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, Tabasco**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis el M. en C. Elías Hernández Cornelio.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



- C.c.p.- M. en C. Elías HernándezCornelio.- Director deTesis
- C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez.- Sinodal
- C.c.p.- M. en C. Griselda Hernández Ramírez.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal
- C.c.p.- M. en C. Ricardo González Anoya.- sinodal

C.c.p.- Archivo
DC*MCML/MCE*XME/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:00 horas del día 25 del mes de enero de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Consumo de sustancias adictivas en jóvenes de 18 a 35 años, en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Broca	García	Jannay
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
	Con Matricula	

1	8	1	E	5	0	0	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

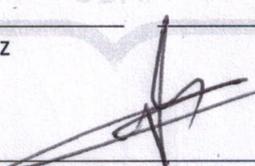

M. en C. Eneas Hernández Cornelio
Director de Tesis


Dra. Rosario Zapata Vázquez


Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez


M. en C. Griselda Hernández Ramírez


Dr. Ricardo González Anoya


Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 18 del mes de Enero del año 2021, el que suscribe, **Jannay Broca García**, alumna del programa de la especialidad en **medicina familiar**, con número de matrícula 181E50011 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Consumo de sustancias adictivas en jóvenes de 18 a 35 años, en una unidad de medicina familiar del IMSS, Tabasco”**, bajo la Dirección del M. en C. Elías Hernández Cornelio. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: jannaybroca@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Jannay Broca García

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido concluir una etapa más de vida, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, por su amor y estar conmigo a cada paso, por darme sabiduría, paciencia y discernimiento en cada etapa de esta carrera, por mi familia y por poner en mi camino buenos profesores, compañeros y casa de estudio.

Gracias a mi madre, Sra. María del Carmen García Vasconcelos quien con todo su esfuerzo y dedicación ha sido el principal ejemplo a seguir para lograr mis objetivos, quien siempre apoyó incondicionalmente mis sueños, con amor, confianza y sobre todo paciencia.

Gracias a mi padre, a papá Miguel y a mi hermana Paula, por la transparencia de su cariño, por creer en mí y su apoyo en mis años de estudio.

Gracias a mi hijo, Ian Jesús; por ser la luz de mi vida, mi principal inspiración y motor en los momentos más difíciles de los últimos años, por formar parte de mi vida, por todo el cariño, por ser siempre paciente y comprensivo, por ese amor incondicional que me motiva a ser más fuerte y mejor médico y persona. Gracias por creer en mí.

Y finalmente agradezco a mis compañeros, profesores y asesor de tesis por su apoyo y momentos de retroalimentación. Bendiciones para cada uno.



DEDICATORIAS

A Dios: por la vida y salud prestadas para esta labor tan bella que es ser médico, por el conocimiento adquirido y la vocación para esta carrera.

A mi familia: por todo su amor, paciencia y apoyo, quienes han vivido conmigo cada momento de esta etapa en mi vida, dedico este logro a ellos como agradecimiento a su confianza en mí.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud: por ser mi segundo hogar, mi casa de estudios, comprometida siempre con la buena formación académica.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social: por ser mi sede de formación de posgrado, por las experiencias adquiridas alado de esa gran familia, formando parte de la experiencia laboral.

A los pacientes: que participaron para la elaboración de este trabajo a pesar de la situación de pandemia que actualmente vivimos.



ÍNDICE

TABLAS Y FIGURAS	V
ABREVIATURAS	VI
GLOSARIO	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	2
1.1 Consumo de alcohol.....	4
1.2 Consumo de tabaco.....	9
1.3 Consumo de otras sustancias adictivas.....	12
1.4 Factores de riesgo para uso y abuso de sustancias adictivas.....	20
1.5 Epidemiología.....	22
1.6 Herramientas de medición.....	29
1.7 Estudios relacionados.....	31
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
3. JUSTIFICACIÓN	37
4. HIPÓTESIS	40
4.1 Hi.....	40
4.2 H0.....	40
5. OBJETIVOS	41
5.1 General:.....	41
5.2 Específicos:.....	41
4. MATERIAL Y MÉTODOS	42
6.1 Tipo de investigación:.....	42
6.2 Universo:.....	42
6.3 Criterios de inclusión y exclusión:.....	43
6.4. Variables:.....	44
6.5 Método e instrumento de recolección de datos.....	44
6.6 Análisis de datos.....	47
6.7 Consideraciones Éticas.....	47
5. RESULTADOS	50



6. DISCUSIÓN	64
7. CONCLUSIONES	69
8. RECOMENDACIONES	71
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
10. ANEXOS	82
Anexo I. Cronograma de actividades.....	82
Anexo II. Consentimiento informado	83
Anexo III. Operacionalización de variables	84
Anexo IV: Cuestionario.....	86

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



TABLAS Y FIGURAS

Imagen 1. Criterios diagnósticos para Trastornos Relacionados con Sustancias DSM-V.....	4
Imagen 2. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol.....	6
Tabla 1. Consumo de sustancias alguna vez en la vida.....	51
Tabla 2. Consumo de sustancias durante el último año.....	52
Tabla 3. Edad de inicio de consumo de sustancias.....	52
Tabla 4. Motivos de inicio de consumo de sustancias.....	53
Tabla 5. Consumo de tabaco durante el último año.....	54
Tabla 6. Grados de dependencia nicotínica.....	54
Tabla 7. Dependencia nicotínica y características sociodemográficas.....	55
Tabla 8. Test AUDIT (1ra parte).....	57
Tabla 8.1. Test AUDIT (2ª parte).....	58
Tabla 9. Consumo de alcohol durante el último año en población total.....	59
Tabla 10. Consumo de alcohol de acuerdo a características sociodemográficas.....	60
Tabla 11. Consumo de alcohol de acuerdo a composición familiar.....	61
Tabla 12. Consumo de drogas durante el último año.....	62
Tabla 13. Drogas más consumidas.....	63
Tabla 14. Niveles de dependencia a drogas en consumidores el último año..	63
Tabla 15. Dependencia a drogas de acuerdo a características demográficas.....	64



ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición

TRS: Trastornos Relacionados con Sustancias

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición

SNC: Sistema Nervioso Central

TA: Tensión Arterial

VO: Vía oral

IV: Intravenosa

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

HTA: Hipertensión arterial

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

VHC: Virus de Hepatitis C

VHB: Virus de Hepatitis B

IM: Intramuscular

AVISA: Indicador de Años de Vida Saludable

ENCODAT: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

AVAD: Años de vida ajustados en función de la discapacidad

ONU: Organización Mundial de la Salud

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol)



DAST-10: Drug Abuse Screening Test (Cuestionario de Prueba de Detección de Drogas)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



GLOSARIO

Consumo de riesgo: es un patrón de consumo de cualquier sustancia que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el usuario o para los demás.

Consumo perjudicial: aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental.

Dependencia: conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.



RESUMEN

Introducción: El consumo de sustancias adictivas en la población joven se considera un grave problema de salud pública, que guarda relación con problemas biopsicosociales entre los cuales destacan lesiones y accidentes que pueden provocar discapacidad o muerte. En Tabasco un 16.9 % presenta consumo excesivo de alcohol, el 9.5% con tabaquismo y al menos el 1% de la población es drogodependiente, por ello nace la necesidad de poder estudiar a la población en ese rango de edad y su patrón de consumo de sustancias. **Objetivo:** Conocer como es el consumo de sustancias adictivas a través de test validados en jóvenes de 18 a 35 años que se atienden en la consulta de medicina familiar y atención médica continua de la UMF 43 en Octubre-Diciembre de 2020. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, transversal, descriptivo. Se estudió a 141 pacientes de entre 18 a 35 años de edad, para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión y distribución de frecuencias. **Resultados:** el 19.1% de la población encuestada son fumadores, el 64% consumen de alcohol, y el 5.67% son consumidores de drogas, el sexo masculino se encontró con mayor prevalencia en consumo de riesgo o dependencia para cualquier sustancia. **Conclusiones:** Ser hombre y vivir en unión libre se consideran factores de riesgo para presentar dependencia al alcohol en cualquier grado.

Palabras clave: Jóvenes, tabaco, alcohol, drogas, dependencia.



ABSTRACT

Introduction: The consumption of addictive substances in the young population is considered a serious public health problem, which is related to biopsychosocial problems, among which are injuries and accidents that can cause disability or death. In Tabasco, 16.9% have excessive alcohol consumption, 9.5% with tobacco addiction and at least 1% of the population is drug dependent, therefore the need arises to be able to study the population in that age range and their consumption pattern substances. **Objective:** To know how is the consumption of addictive substances through validated tests in young people between 18 and 35 years old who are treated in the family medicine consultation and continuous medical care of the UMF 43 in October-December 2020. **Material and methods:** It is an observational, cross-sectional study, descriptive. 141 patients between 18 and 35 years of age were studied, for the data analysis measures of central tendency, dispersion and frequency distribution were used. **Results:** 19.1% of the surveyed population are smokers, 64% consume alcohol, and 5.67% are drug users. The male sex was found to have a higher prevalence in risk consumption or dependence for any substance. **Conclusions:** Being a man and living in a free union are considered risk factors for alcohol dependence of any degree.

Keywords: Youth, tobacco, alcohol, drugs, dependence.



INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias adictivas en la población joven se considera un grave problema de salud pública, que guarda relación con problemas biopsicosociales entre los cuales destacan lesiones y accidentes que pueden provocar discapacidad o muerte.

El consumo de alcohol se asocia principalmente a los adultos, en los últimos veinte años prevalece en la población joven, es causante de más de 200 enfermedades y se encuentra dentro de las principales causas de muerte prematura.

En la actualidad se reconoce que la dependencia al tabaco es un fenómeno conductual multidimensional, se considera que para el año 2030, el tabaco será responsable de la muerte de más de 8 millones de personas por año. Hablando específicamente de drogas sin incluir tabaco o alcohol la Organización de las Naciones Unidas reporta hasta 253.000 muertes anuales causadas por su consumo, siendo las drogas derivadas del opio las más letales.

En Tabasco un 16.9 % presenta consumo excesivo de alcohol, el 9.5% con tabaquismo y al menos el 1% de la población es drogodependiente, por ello nace la necesidad de poder estudiar a la población en ese rango de edad y su patrón de consumo de sustancias.



1. MARCO TEÓRICO

En farmacología una droga es aquella sustancia química que se utiliza para tratar, curar, prevenir o diagnosticar enfermedades o para mejorar el estado físico o mental. Este término en nuestro idioma se utiliza en el lenguaje coloquial para hacer referencia a sustancias con potencial de abuso.¹

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. Sin embargo, desde el punto de vista médico y científico se utiliza el vocablo *droga* para referirse a sustancias que se usan sin fines terapéuticos, provocando alteraciones cognitivo-conductuales y afectivos, su consumo excesivo y prolongado puede inducir tolerancia y dependencia en sus usuarios.^{2,3}

Se puede clasificar a las drogas en distintas categorías, una de ellas es de acuerdo a su estado legal basada en la normativa legal establecida de acuerdo a consumo, producción y venta. Es así como encontramos:

1.- **Drogas o sustancias lícitas:** de venta y consumo libre de acuerdo al consumidor. El ejemplo más claro es el alcohol y tabaco.

2.- **Drogas que se utilizan como medicamentos:** aquellas que se obtienen por prescripción médica y son utilizadas para tratamiento de trastornos



psicológicos y psiquiátricos, así como para el dolor. Ejemplo: psicofármacos, estimulantes menores y opiáceos.

3.- **Drogas o sustancias ilícitas:** distintas según la legislación de cada país. Su comercio es considerado ilegal. Ejemplo: marihuana (*cannabis*), cocaína, heroína y derivados de las tres anteriores.^{1,4}

El consumo de estas sustancias en la población joven se considera un grave problema de salud pública, guardando relación con problemas biopsicosociales entre los cuales destacan lesiones y accidentes que pueden provocar discapacidad o muerte, bajo rendimiento escolar o laboral, violencia familiar, conducta antisocial, ansiedad, depresión, déficit de atención o hiperactividad, ideación o conducta suicida, conductas sexuales de riesgo, uso de más de un tipo de sustancia, daño vascular o hepático, así como distintos tipos de cáncer, etc.⁴

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-V) se elimina el término abuso y dependencia utilizándose ahora el término Trastornos Relacionados con Sustancias (TRS) como una suma de criterios de abuso y dependencia de la edición anterior, haciéndose el diagnóstico con 2 o más síntomas en 12 meses. Los ítems 5, 6 y 8 (Imagen 1) representan el abuso, el resto dependencia.⁵



Imagen 1. Criterios diagnósticos para Trastornos Relacionados con Sustancias DSM-V.

Control deficitario	<p>Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.</p> <p>Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.</p> <p>Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose.</p> <p>Deseo intenso de consumo.</p>
Deterioro social	<p>El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.</p> <p>Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.</p> <p>Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.</p>
Consumo de riesgo	<p>Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.</p> <p>La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.</p>
Criterio farmacológico	<p>Tolerancia.</p> <p>Abstinencia.</p>

Fuente: Portero Lazcano G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Cuad Med Forense. 2015;21(3-4):102 .

1.1 Consumo de alcohol

El consumo crónico de alcohol según la OMS se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo, que interfieren en la salud y funciones sociales y económicas



del bebedor.^{3,6}

La OMS menciona que existe el consumo sensato; siendo aquel que incrementa el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o los demás. El consumo perjudicial; es el que provoca consecuencias en la salud física y mental, incluyendo consecuencias sociales. Y el consumo dañino; conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol; incluyen el deseo intenso de consumir alcohol, persistencia del consumo a pesar de sus consecuencias, priorizar el consumo de alcohol a otras actividades, aumento a la tolerancia de alcohol y abstinencia física cuando se detiene el consumo.⁶

El DSM V ubica en un solo rubro con diferentes grados de severidad los conceptos de abuso de alcohol y dependencia alcohólica, y añade el deseo persistente de consumo (craving) como un nuevo criterio. Un trastorno leve equivale a abuso de alcohol, y un trastorno moderado-grave equivale a dependencia alcohólica. Lo que ahora conocemos como trastorno relacionado con el uso de alcohol, es cuando el bebedor presenta problemas en dos o más ámbitos de la vida diaria a causa del consumo de alcohol.^{7,8}

Se conoce como dependencia alcohólica al abuso crónico de alcohol con efectos fisiológicos, de conducta y cognitivos, es decir el cuerpo neurológicamente se adapta al uso del alcohol y depende del mismo para desarrollar sus funciones,



puede ser de leve a grave en función de números de criterios cumplidos, siendo las graves las que pueden llegar a la muerte.^{8,9}

A continuación, se mencionan los criterios utilizados, en donde se evalúan el control sobre el consumo de la sustancia, el deterioro social, el consumo de riesgo y criterios farmacológicos como tolerancia y abstinencia a la sustancia (imagen 2).⁹

Imagen 2. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol.

1. Ingestión de alcohol en mayores cantidades o durante más tiempo de lo que se proponía el individuo.
2. Existe deseo persistente o intentos fallidos de reducir o controlar el consumo.
3. Se dedica mucho tiempo a actividades encaminadas a conseguir el alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Craving o deseo irresistible de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que genera incumplimiento de obligaciones en el trabajo, estudios u hogar.
6. Consumo persistente de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o personales, provocados por efectos del mismo.
7. Abandono o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas, , a causa del consumo.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones que involucran riesgos físicos.
9. Consumo persistente a pesar de presentar problemas físicos o psicológicos, probablemente causados o exacerbados por este.
10. Tolerancia, definida por uno de los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none">- Necesidad de aumentar significativamente la cantidad de alcohol para alcanzar el efecto deseado.- Disminución notoria del efecto con el consumo persistente de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, definida por uno de los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none">- Síndrome de abstinencia característico del alcohol.- Se ingiere alcohol o una sustancia relacionada (benzodiazepinas) para mitigar o evitar los síntomas de abstinencia.

Fuente: Monte-Secades R, Rabuñal-Rey R, Guerrero-Sande H. Inpatient alcohol withdrawal syndrome. Rev Clin Esp. 2015;215(2):109.



La gravedad se estratifica en: leve aquel que cumple 2 a 3 criterios, moderado de 4 a 5 criterios y grave mayor o igual a 6 criterios.^{7,10}

Ahora bien, el CIE 10 define como dependencia de alcohol a un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, en los que el uso de alcohol es prioritario para el individuo, teniendo como característica principal el deseo y difícil control de consumir alcohol.¹¹

Las bebidas alcohólicas se clasifican en destiladas y fermentadas. Las fermentadas proceden de frutas o cereales, que, por efecto de levaduras, el azúcar es transformado en alcohol. Ejemplo: vino, cerveza, champán, sidra. Las bebidas destiladas son las que se obtienen hirviendo las fermentadas, por lo que contienen más alcohol; ejemplo de ellas son el wiski, coñac, ginebra, vodka, brandy, ron, etc.¹²

El consumo de alcohol puede ser calculado de acuerdo a gramos o número de bebidas alcohólicas, la OMS establece que una bebida estándar contiene aproximadamente 10 a 13 gr de alcohol, una lata de cerveza, una copa de vino o un vaso de destilados contienen esa cantidad. Se considera consumo excesivo de alcohol a la ingesta de 20 a 40gr/día en mujeres y 40 a 60gr/día en hombres.^{11,13}

El consumo de alcohol se caracteriza por su uso regular en eventos sociales, sin embargo, en los últimos veinte años este patrón ha cambiado ya que este consumo



prevalece en la población joven, iniciando consumo en la adolescencia, siendo la sustancia adictiva más consumida en personas entre los 17.9 y 19.2 años para el 2016, esto se ha asociado a un bajo nivel de conocimiento sobre la problemática que existe con el uso nocivo del alcohol.¹⁴

Se documenta que la población de entre 18 a 29 años de edad, son quienes ingieren mayor cantidad de bebidas alcohólicas, con un consumo per cápita de 7.6 litros. Su uso nocivo causa más de 200 enfermedades y trastornos, entre ellos obesidad y sobrepeso, miocardiopatía dilatada (principalmente en consumidores de más de 80 gr de alcohol día en un periodo mayor a 5 años), cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer, accidentes vehiculares, lesiones intencionales y no intencionales, infecciones de transmisión sexual y muerte temprana y condiciones neuropsiquiátricas, en donde se incluye la dependencia al mismo.^{11,15,16}

Produce una mayor impulsividad, ansiedad, disminuye el rendimiento cognitivo (memoria y planificación) y aumenta las conductas sexuales de riesgo. Su efecto perjudicial en la salud presenta una variabilidad clínica considerable, la enzima alcohol deshidrogenasa es menor en mujeres que en hombres, por lo que una cantidad igual ingerida se concentra más en una mujer que en el hombre; por lo que es más vulnerable a lesión orgánica inducida por alcohol.^{17,18}

A nivel mundial se encuentra dentro de las principales causas de muerte prematura, la OMS señala que al año muere 3.3 millones de personas a causa del consumo



nocivo del alcohol, esto representa casi el 6% de todas las defunciones. En un grupo etario entre 20 a 39 años un 35% de las defunciones son a consecuencia del alcohol.¹⁹

El abuso de alcohol es un problema de salud pública, en los jóvenes se relaciona principalmente a accidentes, discapacidad, muerte, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, violencia domestica e interpersonal. Personas con mayor nivel educativo y socioeconómico, tienden a consumir alcohol con mayor frecuencia y pequeñas cantidades a diferencia de niveles más bajos, quienes consumen mayor cantidad de alcohol en menor frecuencia.²⁰

Se ha observado un incremento del consumo de alcohol en la población juvenil, con ingesta de elevadas cantidades en pocas horas, con el objetivo de alcanzar la embriaguez, esto asociado a ocio y a pérdida del control sobre el consumo. El consumo de alcohol es el factor de riesgo más importante para consumir otro tipo de sustancias, entre ellas el tabaco, pero principalmente drogas ilegales.^{14, 20}

1.2 Consumo de tabaco

El tabaco es una planta originaria del continente americano, cuyo uso era curativo y ceremonial, se utilizaba como estimulante. Su comercio inicio en Europa y posteriormente en Estados Unidos en donde se inició su industrialización convirtiéndose en uno de los más poderosos emporios del orbe.²¹



El tabaco a pesar de ser legal, se considera sustancia estimulante, su principio activo es la nicotina, la cual genera adicción. El humo contiene más de 4,000 sustancias activas, aproximadamente la mitad se encuentran en la hoja de tabaco y la otra mitad se crean por combustión del tabaco; contiene monóxido de carbono y alquitrán en hasta 56 tipos distintos, así como amonio, plutonio, níquel, benceno, etc. Las cuales son potencialmente cancerígenas.^{2,21}

Una vez inhalado el humo del tabaco, llega al cerebro en 10 segundos aproximadamente, uniéndose a los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos con la consecuente liberación de dopamina produciendo sensación de placer, lo cual es un determinante para desarrollar la dependencia física a la nicotina. La exposición a nicotina estimula la producción de adrenalina, lo que provoca una descarga de glucosa que aumenta la presión sanguínea, respiración y frecuencia cardiaca.²²

El uso crónico de nicotina provoca un aumento en el número de receptores nicotínicos, generando una respuesta adaptativa y desensibilización prolongada en el receptor que interviene en el síndrome de abstinencia. El tabaquismo se considera una adicción y enfermedad crónica cuyo origen radica en la dependencia a la nicotina, los costos ligados a su consumo provocan pérdidas de hasta 500 billones de dólares al año ya sea por reducción de productividad, enfermedades o muerte prematura.^{22,23}

La exposición continua al tabaco se asocia a cáncer de pulmón, boca, faringe,



estomago, páncreas, cervicouterino, renal y/o vesicular, bronquitis crónica, asma, enfisema, infartos, padecimientos cerebrovasculares, hipertensión, embolias, resequedad en la piel, arrugas prematuras, pérdida de piezas dentales, menopausia temprana, esterilidad, concepción retardada, disfunción eréctil y en mujeres embarazadas puede provocar desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo y efectos en el peso del infante.²⁴

Otro factor a tomar en cuenta son los fumadores pasivos, quienes pueden sufrir cáncer de pulmón, asma, enfermedades cerebrovasculares, problemas en el oído, etc. Se ha demostrado que esta modalidad aumenta los casos de asma infantil y síndrome de muerte súbita.^{2.25}

La dependencia al tabaco es un fenómeno conductual multidimensional que involucra factores psicológicos, sociales y físicos, en donde las características del fumador son importantes para el diagnóstico y tratamiento. Para el año 2030, el tabaco será responsable de la muerte de más de 8 millones de personas por año; cada vez se inicia su consumo en edades más tempranas y se cree se asocia a normas sociales permisivas, disponibilidad, publicidad, factores psicológicos, necesidad de interacción social, así como actitudes familiares ambiguas con respecto a su consumo.²⁵

El DSM V incluye al Tabaquismo como una adicción, las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son: ansiedad, disforia,



dificultad para concentrarse, irritabilidad, impaciencia e inquietud, todos estos síntomas pueden tener una duración de 8 a 12 semanas.²⁶

1.3 Consumo de otras sustancias adictivas

Las drogas son capaces de modificar las respuestas fisicoquímicas del organismo ya que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), afectando directamente la conciencia, orientación y otras funciones psíquicas, provocando cambios en el comportamiento individual y colectivo.²⁷

Las sustancias psicoactivas desde el punto de vista farmacológico se clasifican de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central, ya sean estimulantes que producen mejoría temporal de la actividad física y neurológica, depresoras, que inhiben funciones cerebrales o alucinógenos que producen cambios en la conciencia, emoción y percepción.^{1,28}

1.3.1 Estimulantes

Cocaína

Obtenida de una planta llamada coca con aspecto de polvo esponjoso, blanco e inodoro; conocida como polvo, nieve, talco, perico o pase. Es estimulante y agonista de las catecolaminas, eleva los niveles de dopamina, norepinefrina, y serotonina cerebral lo que desencadena estado de euforia, excitación, ansiedad, hablar exageradamente, midriasis, incremento en niveles de Tensión Arterial (TA), taquicardia y arritmias, alucinaciones visuales, auditivas y/o táctiles, así como delirio



de persecución.^{2,28}

Su administración es vía oral(VO), nasal, intravenosa (IV) o pulmonar. Si se administra vía nasal o IV, llega al cerebro en 30 segundos y si se fuma en 5 minutos inicia efectos centrales. Se metaboliza en el hígado, se asocia a complicaciones como: daño renal, perforación y necrosis mesentérica, perforación de tabique nasal, miocarditis, infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular, edema pulmonar, hipertensión arterial (HTA), depresión, desnutrición y muerte.²⁸

Su administración nasal provoca: hemorragia nasal, anosmia, disfagia y rinorrea crónica. VO provoca necrosis y vía IV hace susceptible al usuario a infecciones como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis C y B (VHC y VHB), siendo VHC la más prevalente. Durante la gestación puede provocar aborto espontaneo y registros electrocardiográficos fetales anormales, hipoxia fetal, hipertensión materna y fetal e isquemia cerebral, ruptura prematura de membranas (RPM), amenaza de parto prematuro (APP), desprendimiento de placenta, aumenta el riesgo de padecer pielonefritis.²⁹

Anfetaminas y metanfetaminas

Introducidas en la década de los 30 como broncodilatador para tratamiento de asma bronquial, manejo de la obesidad, trastorno de déficit de atención, narcolepsia, mejorar el rendimiento físico y el estado de ánimo.²⁹



A partir de los 90 se consideró droga ilegal y desde entonces su consumo se ha incrementado. Se sintetiza a partir de la efedrina y pseudoefedrina, es insoluble en agua, su forma más común es el clorhidrato puro, de apariencia cristalina, conocido como "Ice". Se conoce también como meth o meta, cristal, speed, chalk o tiza, pervitin, yaba, shabu, azul, corazones, elevadores, tacha, píldora del amor, crank, éxtasis, fuego, vidrio o cruz blanca.^{2,29}

Su administración puede ser vía oral, iv, aspirada vía nasal y fumada, atraviesa la barrera hematoencefalica y placentaria, se metaboliza en el hígado, sus principales metabolitos son: hidroxianfetamina y norefedrina, con una vida media de 8 a 30 hrs en el cuerpo, su excreción es principalmente por vía urinaria, aunque también se eliminan por el sudor y las heces.²⁹

Es altamente adictiva, su consumo libera la producción de dopamina, noradrenalina y serotonina, bloqueando las neuronas postsinápticas provocando: euforia, aumento de energía, aumento en el estado de alerta, taquicardia, taquipnea, aumento sostenido de la TA, vasoconstricción, y aumento del gasto cardiaco, hipertermia, aumento de la libido, insomnio, ansiedad, temblor, alucinaciones, hablar exageradamente, trismus, bruxismo, movimientos involuntarios, accidentes cerebrovasculares, sudoración excesiva, disminución del apetito, angustia, nerviosismo, depresión. En el bajón: paranoia y agresión. Por ser una droga de administración iv existe el riesgo de infección por VIH, VHB y VHC.^{2,30}



Es una sustancia neurotóxica, y como consecuencia genera repercusiones como: pérdida de la memoria, déficit verbal y motor, aumenta el riesgo de padecer enfermedad de Parkinson. Entre otras complicaciones del uso crónico se encuentran pérdida de peso, problemas dentales, prurito en piel intenso que conlleva a lesiones en la piel, cambios en la estructura cerebral.^{29,30}

1.3.2 Depresoras

Derivados del opio (morfina, heroína, codeína)

El opio se extrae de la amapola. Los opioides son sustancias naturales sintéticas y semisintéticas que producen sus efectos por la unión a receptores opioides y que son antagonizadas por la naloxona. Los opiáceos por su parte son aquellas sustancias naturales, sintéticas o semisintéticas derivadas del opio con o sin actividad de analgesia.^{31,32}

La morfina es el opioide más usado en la analgesia postquirúrgica neuroaxial, es el único opioide aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para administración intratecal. Sin embargo, tiene como limitante efectos secundarios como, cambio del estado mental, euforia, la depresión del centro respiratorio unido a su potencial de tolerancia y dependencia.³³

La heroína es un opioide sumamente adictivo, se procesa a partir de la morfina, se adhiere a receptores opioides mu (ROM), provocando liberación de dopamina. La



heroína con un alto grado de pureza es un polvo blanco que se puede aspirar o fumar, mientras a heroína conocida como alquitrán negro (impura) se disuelve, se diluye y se aplica IV, Intramuscular (IM) o subcutánea (SC).^{2,32}

Entre sus efectos están: mirada extraviada, miosis, euforia y posteriormente sensación de desconexión. En cuanto al dolor genera relajación y bienestar, así como mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio que lo rodea. Puede ocasionar también náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión.^{2,32,33}

Las repercusiones de su consumo a largo plazo incluyen desnutrición, sudoración, temblores, VHB, VHC, abscesos hepáticos, cerebrales y pulmonares; así como deterioro personal y social.³³

Tranquilizantes

En este grupo se encuentran el Valium, clonazepam, alprazolam u otros, denominados también como pasta, roche, pastillas, rufis. Usados como relajantes musculares, anticonvulsivos o ansiolíticos. Tiene efectos parecidos a los derivados del opio, sin embargo, en la intoxicación aguda existe visión borrosa, falta de coordinación y miosis, nistagmo, confusión mental, alucinaciones, excitación, reflejos disminuidos, agresividad, coma y depresión respiratoria y muerte.³⁴



Inhalables

Sustancias químicas volátiles de uso casero, industrial o comercial. En este grupo se incluyen la gasolina, thinner, cemento o chemo, conocidas también como mona, activo, pvc o goma. Provocan sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, tinnitus, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones.^{34,35}

Se clasifica en 4 categorías:

1.- Disolventes volátiles: líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente.

Se encuentran en productos de uso común doméstico e industrial. Se incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro.

2.- Aerosoles: rociadores con propulsores y disolventes como pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal.

3.- Gases: anestésicos de uso médico (éter, cloroformo, halotano y el óxido nitroso "gas hilarante"). así como aquellos gases de uso domésticos o comerciales. De los anteriores, el óxido nitroso es el gas más abusado.

4.- Nitritos: actúan dilatando los vasos sanguíneos y relajan los músculos, su principal uso es para intensificar el placer sexual. Aquellos que contienen el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amilo) y el nitrito isobutílico (butilo),



comúnmente se conocen como "poppers" o "snappers".³⁴

Como consecuencia de su uso crónico podemos encontrar vómito, sueño, temblores, taquipnea, arritmias, convulsiones y destrucción neuronal.³⁵

1.3.3 Alucinógenos

Marihuana

Obtenida de una planta de nombre Cannabis, cuyas hojas son trituradas y ocasionalmente se mezclan las semillas y los tallos. Tiene como principio activo al tetrahidrocanabinol, que se fija a estructura química específica de la membrana neuronal.^{2,35}

Su principal forma de administración es fumada, sus efectos inician en segundos y pueden durar hasta 3 horas, su vida media de eliminación es entre 25 a 36 horas, sus metabolitos permanecen en orina hasta 1 semana después de su consumo y en personas con uso crónico permanece hasta 1 mes después del último consumo. Se considera que el consumo de Cannabis constituye la puerta de entrada para consumir el resto de drogas ilegales.^{34,36}

Sus efectos secundarios incluyen ojos rojos, taquicardia, risa incontrolable, hablar exageradamente, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente y hambre. La intoxicación aguda provoca alucinaciones y confusión y la intoxicación crónica puede producir pérdida de la memoria, déficit



cognitivo, apatía, desmotivación, deterioro de las relaciones interpersonales, y puede desencadenar esquizofrenia, produce también bronquitis crónica, enfisema y cáncer pulmonar.^{2,34.35}

Hongos (Psilocibina)

Conocidos como hongos mágicos o alucinógenos, son plantas que crecen en lugares húmedos; la psilocibina es la sustancia que provoca los efectos alucinógenos. Estimula los receptores centrales de la serotonina, 5HT1a y 5HT2a, se provoca un incremento de la actividad cortical, con aumento de la liberación de dopamina, lo que se relaciona con los síntomas de despersonalización y euforia.³⁷

Pueden ser ingeridos en forma natural, en polvo o como solución, se metaboliza en la mucosa intestinal, inicia su acción a los 20-40 minutos después de su ingestión oral, con una duración de 4 a 6 horas. Dentro de los efectos secundarios se encuentran alteraciones de la percepción, actos auto-destructivos, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones y reacciones de pánico; temblor de manos, midriasis y sensibilidad a la luz.^{2,37}

Dietilamida del ácido lisérgico

Conocida como LSD, cubo de azúcar, ácidos, cielo azul o rayo blanco, tripis o ajos, se obtiene de un hongo llamado cornezuelo de centeno, es un potente alucinógeno.



Comúnmente tiene la apariencia de un líquido incoloro, sin olor ni sabor; puede encontrarse en polvo, píldoras blancas o de color, tabletas y cápsulas en forma ovalada y de tono gris plateado que se ingieren. Se metaboliza en el hígado, su inicio de acción se produce a los 30-90 minutos de su consumo, con una duración de 8 a 12 horas o varios días.^{2,34,39}

Dentro de sus efectos se encuentran alucinaciones visuales, auditivas y táctiles; cambios en el estado de ánimo, hipotermia, taquicardia, temblor de manos, sudoración, piloerección; ideas delirantes, dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, distorsión de la imagen del propio cuerpo y ataques de pánico. A largo plazo produce alteraciones en la memoria, aprendizaje y razonamiento, así como alucinaciones hasta meses después de la última dosis.³⁹

1.4 Factores de riesgo para uso y abuso de sustancias adictivas

Se denomina como factor de riesgo a la característica o atributo individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).³⁹

Dentro de los factores de riesgo para consumo y abuso de sustancias adictivas en población juvenil se encuentran la sobrecarga de responsabilidades, maltrato físico y psicológico, crisis de la edad, enseñanza tradicional en secundaria o universidad, necesidad de pertenecer a un grupo, disponibilidad de las drogas.^{19,40}



Pueden clasificarse en:

Factores biológicos: la predisposición genética, que se considera influye en un 40-60% para el desarrollo de cualquier adicción.⁴¹

Factores personales: edad, estado de salud física y mental, estrés, creencias, expectativas acerca de la sustancia adictiva, búsqueda de sensaciones, baja satisfacción personal, aislamiento, apatía, falta de valores o inseguridad.⁴¹

Factores familiares: una familia disfuncional, maltrato, conflicto familiar, consumo de sustancias psicoactivas por los padres, falta de lazos afectivos, el déficit o exceso de disciplina, falta de supervisión por los padres, crianza poco afectiva, comportamiento criminal por los padres, violencia intrafamiliar, mala comunicación en el núcleo familiar o desinterés por los hijos, situaciones de estrés en la infancia, etc.^{40,42}

Factores sociales, escolares y ambientales: problemas de personalidad, baja autoestima, ansiedad, depresión, bajo autocontrol, dependencia emocional, abandono temprano de la escuela, amigos consumidores, disponibilidad de la sustancia, aburrimiento, falta de actividades recreativas o deportivas.^{40,42}

El instituto nacional sobre el abuso de drogas en los estados unidos, OMS y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías señalan que los adultos jóvenes se consideran grupo vulnerable para el consumo de drogas, en especial en la etapa universitaria.⁴³

Otra característica del consumo en jóvenes es que suelen consumir en grupo,



durante el tiempo y espacio de ocio, mayormente los fines de semana. Se dice que el perfil de un joven consumidor se relaciona con un vida resuelta y estructurada a nivel familiar y personal, que incluso estos jóvenes viven y dependen de su familia, y se encuentran estudiando o trabajando.⁴³

1.5 Epidemiología

Las drogas más consumibles a nivel mundial son: anfetaminas, cocaína, éxtasis conocida también como la droga del amor, marihuana, tabaco y alcohol. Y en los jóvenes es más frecuente el consumo de alcohol, tabaco y marihuana.^{16,44}

Según el informe mundial sobre las drogas existen consumidores sociales y habituales, y existe una tendencia hacia el policonsumo. Se identifican diferentes tipos de policonsumo: el patrón A se refiere a consumidores de alcohol y tabaco, el patrón B a consumidores de marihuana junto con alcohol y/o tabaco y patrón C que son consumidores de marihuana, alcohol, tabaco y al menos otra droga ilegal.^{40,44}

La OMS señala a través de su indicador de años de vida ajustados a discapacidad, que el uso inadecuado de bebidas alcohólicas había alcanzado 58 millones de años perdidos para el 2010 y 20 millones para drogas ilegales. Dicho indicador expresa la magnitud de daño biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, determinado cada 12 meses por cada sustancia.^{20,45}

A nivel mundial casi 12 millones de personas consumen drogas IV, de los cuales 1



de cada 8 viven con VIH y 6.1 millones con el VHC. de esos 12 millones 1.3 millones viven con VIH y VHC. en cuanto a cifras de Tuberculosis en consumidores de drogas se calcula una prevalencia del 8%.⁴⁶

Tabaco

En cuanto al consumo de tabaco, se estima según la OMS que existen 1.300 millones de fumadores en el mundo, de estos el 80% viven en países en los que existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco principalmente en consumidores adultos.^{45,46}

Se considera la primera causa de mortalidad prevenible en el mundo, responsable del fallecimiento de aproximadamente de 6 millones de personas por año. Se cree que para el año 2030 el tabaco será responsable de la muerte de más de ocho millones de personas al año, y el 80% de estas muertes serían en países en vías de desarrollo.⁴⁷

La prevalencia del consumo actual de tabaco es de 1.6 hombres fumadores (21.9%) por cada mujer fumadora (12.7%). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT 2016-2017) en México, 14.9 millones son fumadores actuales, de estos 3.8 millones son mujeres y 11.1 son hombres; 5.4 millones fuman de forma diaria y 9.4 millones lo hacen de forma ocasional.⁴⁷



La edad promedio de inicio de consumo de Tabaco en México es de 19.3 años, 21 años en mujeres y 18.8 años en hombres, con un consumo de 7.4 cigarros por día, generando un gasto promedio mensual de 282.80 pesos entre fumadores de 12 a 65 años. El 73.6% de los fumadores actuales en México está interesado en dejar de fumar, el 56.1% lo intentó por lo menos una vez en el último año ⁴⁷

Tabasco es uno de los 3 estados con menor prevalencia de tabaquismo en la república mexicana, el 9.5% fuman en la actualidad, el 2.85% son mujeres y 16.7% hombres. La edad promedio de inicio de tabaco en tabasqueños es de 19.4 años, con un consumo diario de 6.7 cigarros al día ⁴⁷

Alcohol

Alrededor de 2 300 millones de personas son consumidores actuales, alcanzando un punto máximo de consumo en personas de 20 a 24 años de edad. El consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de más de 15 años es de 6,4 litros en el 2016.⁴⁸

A nivel mundial, el 44,8% del total de alcohol registrado se consume en forma de licores y aguardientes. El segundo tipo de bebida más consumida es la cerveza (34,3%), seguida del vino (11,7%). Se prevé que para el 2025 el consumo total de alcohol por habitante en personas de 15 años o más aumente en Américas, Asia



Sudoriental y el Pacífico Occidental. Como resultado, el consumo total de alcohol por habitante en el mundo puede ascender a 7,0 litros en el 2025.⁴⁸

Según la OMS en el 2016 el consumo nocivo de alcohol causó unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). De todas las muertes atribuibles al consumo de alcohol en todo el mundo, el 28,7% se debió a traumatismos, enfermedades digestivas (21.3%), enfermedades cardiovasculares (19%), enfermedades infecciosas (12.9%) y cánceres (12.6%). Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al alcohol se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental, y cerca del 40% a traumatismos.⁴⁸

El alcohol causó 0,4 millones de muertes de los 11 millones que se produjeron en todo el mundo en el 2016 como consecuencia de enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales, lo que representa el 3,5% de estas muertes.⁴⁸

A nivel mundial, se calcula que unos 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol, y la prevalencia más alta de estos trastornos en hombres y mujeres se encuentra en Europa (14,8% y 3,5%) y América (11,5% y 5,1%).⁴⁸

En México de acuerdo a la ENCODAT para el 2016 el inicio de consumo de bebidas



alcohólicas inicio entre los 18 a 25 años en un 41.3%, y el 5.6% entre los 26 a 65 años de edad, con un promedio de edad en hombres de 16.7 años y en mujeres 19.2 años de edad.⁴⁹

En los hombres la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida representa un 62.7%, y consumo en el último año de 59.8%. y en mujeres 62.6% y 39%, respectivamente. El consumo excesivo de alcohol en el último año en México aumentó de un 28% en 2011 a un 33.6% para el 2016, y el consumo excesivo en el último mes aumentó a 19.8%. respecto a la dependencia de consumo de alcohol esta se encuentra en el 2.2% de la población total, siendo los hombres los más afectados (3.9%).⁴⁹

En los hombres la bebida preferida para pre-copear es la cerveza, seguida de los destilados; y en las mujeres la cerveza seguida de bebidas enlatadas y destilados. Después del pre-copeo la población entre 18 a 29 años es la que más continúa bebiendo alcohol.⁴⁹

En Tabasco el 3.5% de la población presenta consumo diario de alcohol, de estos el 5.7% son hombres y 1.5% mujeres. Mientras el 28.7% de la población presenta un consumo excesivo en el último año, de estos 42.3% son hombres y 16% son mujeres. Mientras tanto el consumo excesivo durante el último mes en población general fue de un 16.9%, de estos el 27.3% son hombres y 7.1% son mujeres.⁴⁹

Otras sustancias



La Organización de las Naciones Unidas(ONU) reporta hasta 253.000 muertes anuales causadas por consumo de drogas en el mundo, siendo las drogas derivadas del opio las más letales.⁵⁰

En las últimas dos décadas el consumo de drogas ha aumentado rápidamente en países en desarrollo que en países desarrollados. Los adolescentes y adultos jóvenes representan la mayor población consumidora de drogas. El consumo de drogas es mayor en zonas urbanas que rurales, los datos recopilados indican que en varios países existe un vínculo entre hábitos nocivos de consumo de drogas, los trastornos y los bajos ingresos.^{44,50}

La marihuana es la sustancia que más se consume, para el 2018 se calcula que 192 millones de persona la consumieron, en contraste los opioides fueron responsables del 66% de las 167.000 muertes relacionadas con el consumo de drogas para el 2017, el consumo de cocaína y metanfetaminas aumentó en comparación con años previos^{44,50}

De acuerdo al Observatorio Interamericano de drogas 2015 México se encuentra entre los países con prevalencia más baja de consumo de drogas (1.2%), en la mayoría de los países el rango de edad con mayor prevalencia de consumo es de 18 a 34 años.⁵⁰



En el caso de inhalables en la población general en el último año representa hasta el 2.6% donde Estados Unidos, Belice, Brasil, Suriname, Bolivia y Barbados tienen la prevalencia más alta, siendo la población femenina la más demandante de este tipo de sustancia.⁵⁰

En cuanto al consumo de cocaína hay una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, sin embargo, en Belice, Paraguay y Ecuador no existe diferencia de consumo en ambos sexos. El uso de éxtasis en población general es más elevado en estados Unidos y Canadá.⁵⁰

En México el consumo de cualquier droga, drogas ilegales y marihuana alguna vez en la vida representa el 10.3%, 9.9% y 8.6% de la población general. En cuanto a la dependencia de drogas en el último año es reportada por el 0.6% de la población, siendo más evidente en hombres (2%), que en mujeres (0.3%) entre personas de 18 a 34 años.⁵⁰

La edad de inicio del consumo de drogas es de 17.8 años en 2016, hombres (17.7 años) y las mujeres (18.2 años). El 24.5% de la población en general tiene problemas de dependencia. De acuerdo a la ENCODAT en los estados de Colima, Coahuila y Chiapas se observó un aumento proporcional en uso de drogas ilegales. En cuanto al consumo de marihuana alguna vez en la vida paso de 4.2% en 2008 a 8.6% en 2016. El consumo de cocaína alguna vez en la vida aumento de 2.4% en 2008 a 3.5% en 2016, con un mayor crecimiento de consumo en Jalisco, Yucatán y



Veracruz.⁵⁰

De la población que ha estado expuesta a drogas el 32.2% ha consumido drogas alguna vez en la vida, el 28.4% ha consumido marihuana, el 10.7% cocaína, y el 3.6% inhalables y en quienes no han estado expuestos a drogas el 2.4% ha consumido drogas, de estos el 1.5% consumió marihuana, 0.6% cocaína y 0.2% inhalables.⁵⁰

Tabasco por su parte presenta una incidencia acumulada de uso de drogas de 10.8% para cualquier droga, 10.4% para drogas ilegales y 0.8% para drogas medicas en población de 12 a 65 años, de los anteriores 19% fue para cualquier droga, 18.9% para drogas ilegales y 1% para drogas médicas en hombres y en mujeres el 3%,2.4% y 0.6% respectivamente. Se considera que el 1% de los tabasqueños es drogodependiente.^{49,51}

1.6 Herramientas de medición

Hay una gama amplia de test para valorar adicciones y, hablando específicamente del hábito tabáquico se encuentran Smoking Withdrawal Questionnaire, el Smoker Complaint Scal, el Wisconsin Smoking Withdrawal, el Minnesota Smoking Withdrawal Scale, el Smoking Consequences Questionnaire, escala de autoeficacia para evitar de fumar de Diclemente, test de Fagerstrom, etc.⁵²



La Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención menciona que el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fagerstrom es el más adecuado para medir dependencia física a la nicotina.⁵³

Este cuestionario fue elaborado por Karl O. Fagerstrom, su última versión consiste en 6 ítems, validado en español por Becoña y Vázquez (1998), con alfa de Cronbach de 0.66. Cada posible respuesta cuenta con un valor, en el 1er y 4to ítem los valores van del 0 al 3, en los ítems 2,3, 5 y 6 con valores de 0 a 1.^{54,55}

Puede obtener un valor del 0 al 10, en donde se clasifica dependencia física a la nicotina leve con 0-3 puntos, moderada 4-7 puntos y severa 8-10 puntos. En cuanto a alcoholismo se trata el test de AUDIT (Test de identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol, por sus siglas en inglés) desarrollado por la OMS como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve y es ampliamente usado a nivel mundial.^{56,57}

Esta escala ha comprobado su validez y confiabilidad en población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992), como método efectivo para investigar el consumo de alcohol en el primer nivel de atención, con una sensibilidad del 80% y especificidad del 89%.⁵⁸



Se compone de 10 interrogantes sobre el tipo de consumo de alcohol reciente la clasificación de consumo de alcohol se realiza sumando el total de reactivos, teniendo en consideración que los puntos de corte son: 0-3 puntos consumo sensato, 4-7 puntos posible dependencia al alcohol, de 8 a más puntos consumo perjudicial.⁵⁸

Cuando de uso de drogas que no incluyen tabaco o alcohol se trata el cuestionario DAST-10 (Drug Abuse Screening Test) es uno de los más utilizados incluye 10 ítems, se puede utilizar en población adulta, adolescentes y ancianos, para detectar abuso de sustancias, sus versiones anteriores son DAST-28 y DAST-20, que incluían 28 y 20 ítems cada una.^{59,60}

Se puede aplicar en 10 minutos, validado por Bedregal, Sobell, Sobell y Simco (2006), con validación en México Gómez-Maqueo, Gómez, Morales y Pérez (2009), con una alfa de Cronbach de 0.97. Obteniéndose respuestas dicotómicas, con valor de 0 y 1, y se clasifican bajo el siguiente puntaje: 0-2: riesgo bajo, 3- 5: Riesgo Moderado, 6-8 consumo perjudicial 9--10: Dependencia severa.^{59,60}

1.7 Estudios relacionados

En 2016 Villatoro Velázquez et al, realizaron un estudio en población de primaria, secundaria y bachillerato encontrando consumo de alcohol alguna vez en la vida en el 53.2%, los hombres en un 54% y mujeres 52.5%. Durante el último año el 35.5% consumió alcohol (36.2 hombres y 34.9 mujeres), siendo los estudiantes de



bachillerato los mayores consumidores (54.3%), con una edad promedio de consumo de 12.6 años.⁶¹

El 30.4% ha fumado alguna vez en la vida, el 11.1% son fumadores actuales, con una edad de inicio de 12.8 años. El 17.2% ha consumido drogas alguna vez en la vida, con una edad de inicio a los 13 años, siendo la droga más frecuente la marihuana (10.6%).⁶¹

En 2017 Peña García y cols, realizó un estudio en 300 universitarios en Mazatlán, el 53.3% con consumo de tabaco alguna vez en la vida, el 75% de estos con consumo de tabaco el último año, con una edad de inicio de consumo a los 16.25 años. El 95% de los consumidores resultaron con dependencia leve, el 2.5 con dependencia alta y dependencia moderada respectivamente.⁶²

En cuanto al consumo de Alcohol el 100 de los encuestados, presentaron consumo de alcohol alguna vez en la vida, de esos el 98.3% continuaron su consumo el último año, la edad promedio de a los 16.29 años. El 34.6% presentaron consumo sensato, el 43.1% consumo dañino (50.5 hombres y 29.9% mujeres) y el 22.4% consumo dependiente.⁶²

Dividieron los motivos de consumo en psicológicos, físicos y sociales, en donde los motivos psicológicos predominaron para consumo de Tabaco (65%) y los motivos sociales para consumo de Alcohol (73.3%). Encontraron también que a menor edad



de inicio y mayor ingreso económico mayor es el consumo de alcohol.⁶²

En ese mismo año en una Universidad de Guadalajara, Gómez Cruz y cols realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas, encontrando que el 84.6% consumen bebidas alcohólicas, los hombres en su mayoría vs mujeres (87.6% vs 79.1%) el 38.3% beben una vez al mes, el 22% una vez por semana y el 18.6% 1 a 3 veces a la semana; el 43% consume más de 10 bebidas por día.¹⁸

El 26.7% son fumadores, 33.5% hombres y 19.7% mujeres, el 43.5% fumo por primera vez entre los 16 y 21 años, el 23.8% consumieron drogas durante el último año, con edad de inicio entre los 16 y 21 años al igual que el cigarro; la droga más utilizada es la marihuana (36.2%) y los principales motivos para iniciar el consumo de droga fue la curiosidad (46.9%).¹⁸

En el año 2018, en una Universidad de Aguascalientes (Rodríguez Ramírez y colaboradores) se realizó un estudio en búsqueda de motivos para inicio de consumo de alcohol y tabaco, encontrándose que el 91.2% de los estudiantes consumían alcohol de ellos el 22.4% hombres y el 77.6% mujeres; el 53.2% lo hacen por razones sociales. De los consumidores de tabaco el 29.4% son hombres y el 70.6% mujeres, en cuanto a los motivos de consumo, la razón social prevalece en el alcohol y la psicológica en el tabaco.⁶³



En cuanto a adicciones y características sociodemográficas en 2015 Betancourth y colaboradores, estudiaron factores asociados al consumo de alcohol en universitarios, con edades entre 18 a 45 años encontrando que el 93.8% eran solteros, el 97.5% con consumo de alcohol, siendo los hombres los mayores consumidores (54.7%), sin encontrar relación entre sexo y consumo de alcohol; el 60% viven con una familia nuclear, el 7.8% en familia extensa, sin embargo no se encontró relación entre composición familiar y consumo de alcohol (p 0.73).⁶⁴

En 2019 en el estado de México, Serrano Rojas realizó un estudio cuantitativo, correlacional sobre percepción de crianza y consumo de drogas, tomando en cuenta si la población pertenece a familia monoparental o biparental en donde se encontró que si los adolescentes perciben menos interés, apoyo y orientación se asocia con mayores índices de consumo de drogas y que las familias monoparentales tienen mayor riesgo de que los hijos consuman algún tipo de droga.⁶⁵



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El uso y abuso de sustancias adictivas provoca una pesada carga familiar, social y económica, existen estudios que demuestran que el inicio del consumo de sustancias adictivas inicia con el tabaquismo, probando después bebidas alcohólicas, avanzando al uso de drogas en búsqueda de sensaciones más intensas. La identificación temprana de este importante problema de salud pública en el contacto diario con la población mayormente afectada es una oportunidad que hoy en día resulta ser una oportunidad perdida en los servicios de salud.

A nivel mundial existen 1.300 millones de fumadores en el mundo, de estos el 80% viven en países en los que existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco principalmente, alrededor de 2300 millones de personas son consumidores de alcohol, alcanzando un punto máximo de consumo en personas de 20 a 24 años de edad y la ONU reporta hasta 253.000 muertes anuales causadas por consumo de drogas en el mundo.

En la población joven se considera un grave problema de salud pública, que guarda relación con problemas biopsicosociales entre los cuales destacan lesiones y accidentes que pueden provocar discapacidad o muerte, bajo rendimiento escolar o laboral, violencia familiar, conducta antisocial, trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, déficit de atención o hiperactividad, ideación o conducta



suicida, conductas sexuales de riesgo, uso de más de un tipo de sustancia adictiva, daño vascular o hepático, así como distintos tipos de cáncer, etcétera.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social no se tienen cifras exactas sobre población consumidora o con algún grado de abuso de sustancias, ya que es muy difícil que una persona acepte tener algún problema relacionado con abuso de sustancias. Específicamente en la unidad de medicina familiar número 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco se desconoce cómo es el consumo de sustancias adictivas, en la población en edad productiva que se atiende, con enfoque principal entre 18 a 35 años es de suma importancia identificar tempranamente conductas de riesgo, brindar apoyo e iniciar el manejo multidisciplinario adecuado.

De lo anterior se propone la siguiente pregunta enfocada a explorar este problema de salud pública, propone ampliar el conocimiento acerca del consumo de sustancias en el grupo señalado de mayor afectación y que en edad productiva representa mayores costos en salud, este problema puede mantenerse con cierto silencio hasta que resulta más complejo su tratamiento.

¿Cómo es el consumo de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco y otras drogas a través de test validados en jóvenes de 18 a 35 años que se atienden en la consulta de medicina familiar y atención medica continua de la UMF 43 en octubre, noviembre y diciembre del año 2020?



3. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial existen 1.300 millones de fumadores en el mundo, de estos el 80% viven en países en los que existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco principalmente, alrededor de 2300 millones de personas son consumidores de alcohol, alcanzando un punto máximo de consumo en personas de 20 a 24 años de edad y la ONU reporta hasta 253.000 muertes anuales causadas por consumo de drogas en el mundo.

En México 14.9 millones de personas son fumadoras (17.6%), el 33.6% de la población total consume alcohol con exceso y el 2.2% presenta dependencia al alcohol, y el 24.5% de la población total tiene dependencia a drogas. En Tabasco un 16.9 % presenta consumo excesivo de alcohol, 162 mil personas son fumadoras (9.5%) y al menos el 1% de la población es drogodependiente, todo esto de acuerdo a estudios realizados hasta el 2017.

El abuso o dependencia a alguna sustancia se considera un problema de salud pública, por todas las consecuencias, físicas, sociales, familiares, laborales y conductuales que estas provocan. Se considera responsable de gran cantidad de muertes en adultos jóvenes, accidentes automovilísticos, causante de enfermedades pulmonares, o infecciosas, así como daños al sistema nervioso central. Se ha observado una relación en que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de uso de otro tipo de drogas.



Si se toma en cuenta que la población más afectada por consumo excesivo de sustancias adictivas oscila entre los 18 a 34 años de edad, podemos dimensionar las consecuencias sociodemográficas, familiares, cognitivas y conductuales que esta patología trae como consecuencia a esta población considerada como productiva, por lo que representa una oportunidad de atención médica, conocer el patrón de consumo de sustancias en el contexto del estado de Tabasco y específicamente en los usuarios de los servicios de salud de la institución en la población de ese rango de edad.

Considerando todo lo anterior, el aumento de prevalencia en abuso de sustancias y la poca información actualizada sobre el comportamiento de las adicciones en esta entidad, y el impacto sobre la población que general las adicciones, tiene trascendencia el poder conocer el patrón de consumo de dichas sustancias, para su diagnóstico y abordaje oportuno, con énfasis en el área preventiva, para enriquecer el conocimiento médico acerca de este problema. La aplicación de los programas existentes.

En la unidad de medicina familiar número 43 del IMSS de Villahermosa Tabasco no existen estudios específicos con el consumo de sustancias adictivas, y atiende una población de personas en edad productiva de manera importante, por lo que se pretende estudiar a la población entre 18 a 35 años y enriquecer el manejo multidisciplinario correcto, con la identificación temprana de posibles adicciones,



enriquecimiento de los programas existentes para su prevención y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Se cuenta con instrumentos que permiten la identificación de la situación del consumo de sustancias, pero que su uso no es tan regular en la consulta de medicina familiar o atención médica continua, al realizar el presente estudio se puede conocer no solo el perfil de consumo de la población que es de interés sino también ensayar la aplicación de los instrumentos de evaluación del consumo de sustancias en los servicios durante el proceso de atención, contribuyendo así a la identificación temprana de situaciones que puedan atenderse. Las políticas actuales de salud aplicadas en la consulta de medicina familiar y atención médica continua del Instituto Mexicano del Seguro Social pueden mejorarse para atender el problema de consumo de sustancias adictivas.

Se cuenta con el personal de salud capacitado para el uso de los instrumentos de evaluación, también los espacios para que en condiciones de seguridad guardando la sana distancia y protección personal se realice el proceso de aplicación de los cuestionarios, a los servicios de medicina familiar acuden jóvenes en las edades de interés para realizar el presente estudio. Los investigadores cuentan con los recursos para desarrollar la investigación, la cual además no representa costos adicionales a los ordinarios de la prestación de servicios de salud.



4. HIPÓTESIS

4.1 H_i

Los jóvenes de 18 a 35 años de edad que se atiendan en la consulta de medicina familiar y atención médica continua de la UMF 43 realizan algún consumo de sustancias adictivas con algún grado de dependencia a dichas sustancias.

4.2 H₀

Los jóvenes de entre 18 a 35 años que se atiendan en la consulta de medicina familiar y atención médica continua de la UMF 43 no realizan consumo de sustancias adictivas con algún grado de dependencia a dichas sustancias.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. OBJETIVOS

5.1 General:

Describir el consumo de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes de 18 a 35 años que se atienden la UMF 43.

5.2 Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas y composición familiar de jóvenes consumidores de sustancias adictivas.
2. Clasificar los grados de consumo de sustancias adictivas en la población estudiada de acuerdo a test validados.
3. Evaluar si existe alguna asociación entre las características sociodemográficas, la composición familiar y el consumo de alguna sustancia adictiva.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación:

Se trató de un estudio observacional, transversal, descriptivo.

6.2 Universo:

El universo de estudio se compuso por 22,877 pacientes de 18 a 35 en una unidad número 43 de medicina familiar en Villahermosa Tabasco México.

La obtención de la muestra se realizó mediante la fórmula para población finita, con muestreo no probabilístico por conveniencia con una prevalencia estimada del 10.3%:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$
$$n = \frac{(22,877)(1.96)^2(0.103)(0.897)}{(0.05)^2(22,877-1) + (1.96)^2(0.103)(0.897)}$$
$$n = \frac{8119.7168091312}{57.5349292656}$$

$$n = 141$$



Donde:

n = tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población = 22, 877

Z = Nivel de confianza en donde se utiliza 1.96 como constante que indica nivel de confianza de 95%.

p = Variabilidad positiva, con un valor de 10.3%, es decir, .103.

q = Variabilidad negativa, con un valor de 89%, es decir, 0.897.

d = Margen de error, del 5%, es decir, 0.05.

Se encontró una prevalencia en el país según ENCODAT 2016-2017 para cualquier sustancia adictiva de 10.3%.

Localización: El estudio se realizó en la población adscrita a la unidad de Medicina Familiar No. 43, ubicada en Av. César Sandino No. 102 colonia 1ro. de Mayo, Centro, Villahermosa, Tabasco

Temporalidad: Octubre- Diciembre 2020.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión:

6.3.1. Inclusión:

- Personas entre 18 a 35 años de edad
- Derechohabientes del IMSS
- Personas que estén de acuerdo en responder la encuesta

6.3.2. Exclusión:

- Pacientes con algún déficit mental
- Personas sin derechohabiencia a UMF 43



6.3.3. Eliminación:

- Personas que no deseen participar en el estudio
- Personas que no completen el llenado correcto de la encuesta

6.4. Variables:

- **Variable dependiente:**
 - Consumo de sustancias adictivas en jóvenes
- **Variables independientes:**
 - Composición familiar
 - Edad
 - Ocupación
 - Sexo
 - Escolaridad
 - Estado civil
 - Religión

Operacionalización de variables (ver anexos).

6.5 Método e instrumento de recolección de datos

De acuerdo a nuestros criterios de inclusión y con autorización por el comité de ética e investigación y autorización de la dirección de la Unidad de medicina Familiar número 43 del IMSS, se acudió a las salas de espera del área de consulta externa



y atención médica continua y previa presentación del investigador con el paciente, se procedió a explicarles a los pacientes el motivo de la encuesta y su contenido.

A los aceptantes se les solicitó autorización para aplicación de encuestas:

1. Se otorgó la carta de consentimiento informado para adultos (Anexo 1).
2. Se aplicaron los instrumentos Fagerstrom para medir dependencia a la nicotina, AUDIT para medir el consumo excesivo de alcohol y DAST-10 para clasificar el consumo de drogas.
3. Se tomaron diversas variables de interés sociodemográficas (edad, religión, escolaridad, composición familiar de origen) encontradas en la sección 1 del cuestionario (Anexo 2).

El instrumento de medición consta de 4 secciones principales en las que destacan diversos aspectos:

- **La sección 1:** corresponde a datos generales en donde se incluye 26 interrogantes, en ella se recaban datos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión, datos para clasificar la composición familiar, el uso alguna vez en la vida de tabaco, alcohol u otras sustancias adictivas, así como edad de inicio del consumo, frecuencia de uso, motivo por el cual inicio su consumo, convivencia con usuarios de algún tipo de sustancia, así como su uso el último año, y en el caso de uso de otras drogas diferentes al tabaco y alcohol y se realiza una interrogante sobre qué tipo de droga ha usado el paciente.



- **La sección 2:** se explora el consumo de tabaco, a través del Test de Fagerstrom, el cual tiene 6 ítems para explorar los componentes prioritarios de la adicción, el impulso diario de fumar y la cantidad de cigarrillos consumidos. Cada posible respuesta cuenta con un valor, que van del 0 al 3 en las preguntas 1 y 4 y de 0 a 1 en las preguntas 2,3, 5 y 6.

El resultado del cuestionario se evalúa de la suma de los ítems de la siguiente forma: dependencia física a la nicotina leve con 0-3 puntos, moderada 4-7 puntos y severa 8-10 puntos.

- **La sección 3** explora el consumo de alcohol, utilizando el Test de AUDIT que se compone de 10 interrogantes sobre el tipo de consumo de alcohol reciente; cada una, consta de 3 a 5 posibles respuestas, con valor numérico que van de 0 a un máximo de 40 puntos.

La clasificación de consumo de alcohol se realiza sumando el total de reactivos, teniendo en consideración que los puntos de corte son: 0-3 puntos consumo sensato, 4-7 puntos posible dependencia al alcohol, de 8 a más puntos consumo perjudicial.

- **La sección 4** evalúa el consumo de otras sustancias adictivas, mediante el cuestionario DAST-10 (Drug Abuse Screening Test), incluye 10 ítems, Obteniéndose respuestas dicotómicas, valoradas de 0 a 1. Se evalúa bajo el siguiente puntaje: 0-2: bajo, 3- 5: Moderado, 6-8 consumo perjudicial 9--10: Dependencia severa.



6.6 Análisis de datos.

Una vez obtenido el total de la muestra, la base de datos fue realizada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22, incluyendo las variables de interés, demográficas y relacionadas a la composición familiar, así como cada uno de los ítems de los instrumentos Fagerstrom, AUDIT y DAST-10.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se llevó a cabo mediante frecuencias y proporciones. La variable cuantitativa se analizó mediante frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión (desviación estándar).

En cuanto a el análisis correlacional se usó χ^2 de Pearson, considerando estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$.

6.7 Consideraciones Éticas

De acuerdo a de la Ley General de Salud en materia de investigación este proyecto cumplió con todas las normas establecidas para el buen uso de la información proporcionada por los encuestados especificados en los siguientes artículos:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.



Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I: Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

IV: Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.

V: Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con todas las excepciones que este reglamento señala.

VI: Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humano y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de bioseguridad.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.



Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.



5. RESULTADOS

Consumo de sustancias alguna vez en la vida

Del total de encuestados el 54.6% ha fumado alguna vez en la vida, (25.5% mujeres y 29.1 hombres), el 83.7% ha consumido alcohol (46.8% mujeres y 36.9% hombres) y el 14.2% drogas (2.1% mujeres y el 12.1% hombres) (tabla 1).

Tabla 1. Consumo de sustancias alguna vez en la vida.

Sustancias	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		f	%
	f	%	f	%	f	%
Tabaco						
Si	36	25.5	41	29.1	77	54.6
No	43	30.5	21	14.9	64	45.4
Total	79	56.0	62	44.0	141	100.0
Alcohol						
Si	66	46.8	52	36.9	118	83.7
No	13	9.2	10	7.1	23	16.3
Total	79	56.0	62	44.0	141	100.0
Drogas						
Si	3	2.1	17	12.1	20	14.2
No	76	53.9	45	31.9	121	85.8
Total	79	56.0	62	44.0	141	100.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1.

Consumo de sustancias durante el último año.

El 19.1% de los encuestados ha fumado durante el último año, siendo los hombres los mayores consumidores (59.3%). El 62.4% consume alcohol (55.7% mujeres y 44.3% hombres) y el 5.7% ha consumido drogas durante el último año, todos ellos hombres (tabla 2)



Tabla 2. Consumo de sustancias durante el último año.

Sustancias	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		f	% en población total
	f	%	f	%		
Tabaco	11	40.7	16	59.3	27	19.1
Alcohol	49	55.7	39	44.3	88	62.4
Drogas	0	0.0	8	100.0	8	5.7

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1.

La edad media de inicio de consumo de tabaco fue 18.05 años, con edad mínima de inicio a los 14 y máxima de 28 años, para el alcohol la edad media fue 18.68 años con una edad mínima de inicio a los 10 años y máxima a los 30; en cuanto a consumo de drogas la edad media fue 20.05 años, con una edad mínima de 15 y máxima de 28. siendo el principal motivo de consumo la curiosidad (87%) (tabla 3). La curiosidad fue el principal motivo de consumo para cualquier sustancia (tabla 4).

Tabla 3. Edad de inicio de consumo de sustancias.

Estadísticos	Tabaco	Alcohol	Drogas
Media	18.05	18.68	20.05
Mediana	18.00	18.00	19.00
Desviación estándar	2.929	3.725	4.199
Mínimo	14	10	15
Máximo	28	30	28

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1.



Tabla 4. Motivos de inicio de consumo de sustancias

Motivo de inicio	Tabaco		Alcohol		Drogas	
	f	%	f	%	f	%
Curiosidad	67	87.0	88	74.6	16	80.0
Para sentirse más grande	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Influencia de los amigos	2	2.6	17	14.4	2	10.0
Rebeldía	1	1.3	3	2.5	0	0.0
Imitación	1	1.3	2	1.7	0	0.0
Facilidad para conseguirlo	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Otro	4	5.2	8	6.8	2	10.0
Total	77	100.0	118	100.0	20	100.0

Fuente: cuestionario sociodemográfico, sección 1.

Consumo de tabaco y dependencia nicotínica.

De acuerdo al tiempo que transcurre al despertar para el consumo de cigarro el 85.2%, lo hace después de la primera hora, y el 3.7% en los primeros 30 minutos. El 14.8 % encuentra dificultad para dejar de fumar en sitios donde está prohibido y el 3.7% fuma más de 11 cigarros diarios (tabla 5).

En cuanto a grados de dependencia a nicotina se encontró que el 96.3% presenta dependencia leve y el 3.7% cursa con dependencia moderada. Esto representa un 18.4% y 0.7% de la población total respectivamente (Tabla 6).



Tabla 5. Consumo de Tabaco durante el último año.

FARGESTROM	<i>f</i>	%
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?		
Más de 60 min.	23	85.2
31-60 min.	3	11.1
6-30 min.	1	3.7
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido?		
No	23	85.2
Si	4	14.8
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?		
Los otros	19	70.4
El primero	8	29.6
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?		
Menos de 11	26	96.3
De 11 a 20	1	3.7
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?		
No	26	96.3
Si	1	3.7
¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?		
No	25	92.6
Si	2	7.4

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1/Test de Fagerstrom, sección 2.

Tabla 6. Grados de dependencia nicotínica

FARGESTROM RESULTADO	Consumidores el último año		Población total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dependencia Leve	26	96.3	26	18.4
Dependencia Moderada	1	3.7	1	0.7
No consumidores	-	-	114	80.9
Total	27	100.0	141	100.0

Fuente: Test de Fagerstrom, sección 2.



Características sociodemográficas y tabaco

Tabla 7. Dependencia nicotínica y características sociodemográficas.

	FARGESTROM RESULTADO				Total		X ²	gl	P
	Dependencia Leve		Dependencia Moderada		f	%			
	f	%	f	%					
Grupo de edad									
18 a 26 años	10	37.0	1	3.7	11	40.7	1.51	1	0.219
28 a 35 años	16	59.3	0	0.0	16	59.3			
Sexo									
Mujer	11	40.7	0	0.0	11	40.7	0.714	1	0.398
Hombre	15	55.6	1	3.7	16	59.3			
Ocupación									
Estudiante	6	22.2	0	0.0	6	22.2	0.437	3	0.932
Trabaja	18	66.7	1	3.7	19	70.4			
Estudia y trabaja	1	3.7	0	0.0	1	3.7			
Desempleado	1	3.7	0	0.0	1	3.7			
Escolaridad									
Secundaria	6	22.2	0	0.0	6	22.2	1.51	2	0.47
Preparatoria	10	37.0	1	3.7	11	40.7			
Licenciatura	10	37.0	0	0.0	10	37.0			
Estado Civil									
Soltero	10	37.0	1	3.7	11	40.7	1.51	3	0.68
Unión Libre	10	37.0	0	0.0	10	37.0			
Separado	1	3.7	0	0.0	1	3.7			
Casado	5	18.5	0	0.0	5	18.5			
Religión									
Católico	15	55.6	1	3.7	16	59.3	0.714	3	0.87
Cristiano	3	11.1	0	0.0	3	11.1			
Otra	4	14.8	0	0.0	4	14.8			
Ninguna	4	14.8	0	0.0	4	14.8			
Composición familiar									
Nuclear	22	81.5	1	3.7	23	85.2	0.181	1	0.671
Extensa	1	3.7	0	0.0	1	3.7			
Monoparental	2	7.4	0	0.0	2	7.4			
Otras	1	3.7	0	0.0	1	3.7			
Total	26	96.3	1	3.7	27	100.0			

Fuente: , Características sociodemográficas sección 1, Test de Fagerstrom, sección 2



Como se puede observar en la tabla anterior, el 40.7% de los fumadores son mujeres y el 59.3% son hombres, de ellos el 96.3% presentan dependencia baja, con un 40.7 % mujeres y 55.6% hombres, y el 3.7% presentan dependencia moderada, siendo los hombres los únicos ocupantes en este grado de dependencia. Se observa también que el grupo de edad predominante es de 28 a 35 años de edad (59.3%), el 70.4% de fumadores son trabajadores, el 40.7% de los fumadores tienen escolaridad preparatoria, son solteros, practican religión católica (59.3%) y la familia nuclear fue la predominante, sin embargo; no se encontró significancia estadística en ninguna de las características investigadas (tabla 7).

Consumo y dependencia de alcohol.

El 73.9% de los consumidores de alcohol lo hacen una o menos veces al mes y solo el 3.4% consumen alcohol de 2 a 3 veces a la semana. El 13.7% ingiere más de 10 copas en un día de consumo. El 4.5% de consumidores presentan sentimientos de culpa mensualmente después de haber bebido, el 2.3% acepta que alguien ha salido herido como consecuencia del consumo de alcohol durante el último año y el 6.9% acepta que otras personas se han preocupado por su forma de tomar durante el último año (tabla 8 y 8.1).



Tabla 8. Test de AUDIT (1ra parte)

TEST AUDIT	f	%
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?		
Una o menos veces al mes	65	73.9
De 2 a 4 veces al mes	20	22.7
De 2 a 3 más veces a la semana	3	3.4
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?		
1 o 2	26	29.5
3 o 4	24	27.3
5 o 6	22	25.0
7 a 9	4	4.5
10 o más	12	13.7
¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?		
Nunca	37	42.0
Menos de una vez al mes	28	31.9
Mensualmente	19	21.6
Semanalmente	4	4.5
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?		
Nunca	70	79.6
Menos de una vez al mes	7	8.0
Mensualmente	9	10.2
Semanalmente	1	1.1
a diario o casi a diario	1	1.1
No aplica	53	37.6
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?		
Nunca	78	88.8
Menos de una vez al mes	4	4.5
Mensualmente	4	4.5
Semanalmente	1	1.1
a diario o casi a diario	1	1.1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1/Test de AUDIT sección 3



Tabla 8.1. Test de AUDIT (2da parte)

TEST AUDIT	f	%
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?		
Nunca	82	93.2
Menos de una vez al mes	5	5.7
Mensualmente	1	1.1
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?		
Nunca	75	85.3
Menos de una vez al mes	9	10.2
Mensualmente	4	4.5
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?		
Nunca	79	89.8
Menos de una vez al mes	6	6.9
Mensualmente	1	1.1
Semanalmente	1	1.1
a diario o casi a diario	1	1.1
¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?		
No	82	93.2
Sí, pero no en el curso del último año	4	4.5
Sí, el último año	2	2.3
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?		
No	77	87.5
Sí, pero no en el curso del último año	5	5.6
Sí, el último año	6	6.9

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1/Test de AUDIT sección 3



El 48.9% presentan un consumo sensato, el 26.1% presentan dependencia baja al alcohol y el 25% presentan consumo perjudicial, lo que representa el 30.50%, 16.31% y 15.6% respectivamente de la población total estudiada (Tabla 9).

Tabla 9. Consumo de alcohol durante el último año en población total.

AUDIT RESULTADO	Consumidores el último año		Población total	
	f	%	f	%
Consumo sensato	43	48.9	43	30.5
Posible dependencia	23	26.1	23	16.3
Consumo perjudicial	22	25	22	15.6
No consumidores		-	53	37.6
Total	88	100.0	141	100.0

Fuente: Test de AUDIT sección 3.

De los consumidores de alcohol el 55.7% son mujeres y 44.3% hombres, de ellos el 48.9% presentan consumo sensato, 35.2% son mujeres y 13.6% hombres. El 55.1% presentan algún grado de dependencia, formando por el 20.5% de mujeres y 30.7% de hombres, con un valor de X^2 de **9.17**, *gl* de **1**, y *p* de **0.002**, por lo que al ser menor de 0.05 se considera estadísticamente significativo. También se puede observar que los solteros tienden a ser más consumidores 43.2, pero se encontró significancia estadística en pacientes en unión libre, obteniendo un valor de $X^2=$ **13.91**, *gl*=**5**, *p* de **0.016** (Tabla 10).



Tabla 10. Tipos de consumo de alcohol de acuerdo a características sociodemográficas.

Edad	TEST DE AUDIT				Total	X^2	gl	p	
	Posible dependencia /Consumo Perjudicial		Consumo sensato						
	f	%	f	%					f
18 a 26 años	14	15.9	17	19.3	31	35.2	0.684	1	0.408
19 a 35 años	31	35.2	26	29.5	57	64.8			
Sexo									
Mujer	18	20.5	31	35.2	49	55.7	9.17	1	0.002
Hombre	27	30.7	12	13.6	39	44.3			
Ocupación									
Estudiante	8	9.1	10	11.4	18	20.5	6.48	4	0.166
Trabaja	33	37.5	25	28.4	58	65.9			
Estudia y trabaja	0	0.0	5	5.7	5	5.7			
Hogar	3	3.4	2	2.3	5	5.7			
Desempleado	1	1.1	1	1.1	2	2.3			
Escolaridad									
Primaria	0	0.0	2	2.3	2	2.3	6.17	5	0.29
Secundaria	6	6.8	5	5.7	11	12.5			
Preparatoria	21	23.9	12	13.6	33	37.5			
C. técnica	1	1.1	2	2.3	3	3.4			
Licenciatura	15	17.0	21	23.9	36	40.9			
Posgrado	2	2.3	1	1.1	3	3.4			
Estado civil									
Soltero	15	17.0	23	26.1	38	43.2			
Unión Libre	19	21.6	4	4.5	23	26.1			
Separado	3	3.4	4	4.5	7	8.0	13.91	5	0.016
Casado	5	5.7	9	10.2	14	15.9			
Divorciado	3	3.4	2	2.3	5	5.7			
Viudo	0	0.0	1	1.1	1	1.1			
Religión									
Católico	27	30.7	32	36.4	59	67.0	2.33	3	0.506
Cristiano	8	9.1	6	6.8	14	15.9			
Otra	6	6.8	3	3.4	9	10.2			
Ninguna	4	4.5	2	2.3	6	6.8			
Total	45	55.1	43	48.9	88	100			

sociodemográfico, sección 1/Test de AUDIT, sección 3.



Dependencia al alcohol y composición familiar.

Entre los consumidores de alcohol se encontró que pertenecen a familia nuclear un 92%, extensa un 4.5% y monoparental un 3.4%. el 48.9%. Sin embargo, al comparar los pacientes con algún grado de dependencia (posible dependencia y consumo perjudicial), se encontró una $\chi^2=1.25$ y un valor de $p=0.262 > 0.05$ por lo que no se considera estadísticamente significativo (tabla 11).

Tabla 11. Consumo de alcohol de acuerdo a composición familiar
TEST AUDIT

Composición familiar	Consumo Sensato		Posible Dependencia		Consumo Perjudicial		Total		χ^2	gl	P
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Familiar Nuclear	41	46.6	20	22.7	20	22.7	81	92.0	1.25	1	0.262
Familia Extensa	2	2.3	1	1.1	1	1.1	4	4.5			
Familia Monoparental	0	0.0	2	2.3	1	1.1	3	3.4			
Total	43	48.9	23	26.1	22	25.0	88	100.0			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1/Test de AUDIT, sección 3.

Consumo y dependencia de drogas.

De los consumidores de drogas durante el último año el 12.5% (1 paciente) abusa más de una sustancia a la vez, el 75% no pueden dejar de usar drogas cuando quiere, el 37.5% presentan sentimientos de culpa por consumir drogas, y el 12.5% ha abandonado a su familia por el uso de las mismas y presentado datos de síndrome de abstinencia por suspender su consumo (Tabla 12).



Tabla 12. Consumo de drogas durante el último año.

DAST-10	f	%
¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?		
Si	8	100.0
¿Abusa de más de una droga a la vez?		
No	7	87.5
Si	1	12.5
¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?		
No	6	75
Si	2	25
¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?		
No	8	100.0
¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?		
No	5	3.5
Si	3	2.1
¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?		
No	7	87.5
Si	1	12.5
¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?		
No	7	87.5
Si	1	12.5
¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?		
No	8	100.0
¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?		
No	7	87.5
Si	1	12.5
¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?		
No	8	100.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1/ DAST-10 sección 4.

Dentro de las drogas utilizadas por los consumidores, la marihuana representa el 62.5%, la cocaína con un 25%; y el uso de marihuana y LSD simultáneamente representa el 12.5% (tabla 13).



Tabla 13. Drogas más consumidas.

Drogas consumidas	F	%
Cannabis (Marihuana, maría, churro)	5	62.5
Cocaína	2	25.0
Cannabis y LSD	1	12.5
Total	8	100.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1.

De los consumidores de drogas el último año, el 12.5% tienen riesgo bajo de dependencia, el 75% tienen riesgo moderado y el 12.5% presentan un consumo perjudicial de drogas. Esto representa el 0.7%, 4.3% y 0.7% respectivamente de la población total estudiada (Tabla 14).

Tabla 14. Niveles de dependencia a drogas en consumidores el último año.

DAST-10 RESULTADO	Consumidores el último año		Población total	
	f	%	f	%
Riesgo Bajo	1	12.5	1	0.7
Riesgo Moderado	6	75.0	6	4.3
Consumo Perjudicial	1	12.5	1	0.7
No consumidores	-	-	133	94.3
Total	8	100.0	141	100.0

Fuente: Cuestionario DAST-10, sección 4.

Como se puede observar en la tabla siguiente, de la población estudiada únicamente los hombres continúan el consumo de drogas durante el último año, de ellos el 12.5% presentan riesgo bajo de dependencia, el 75% riesgo moderado y el 12.5% presentan consumo perjudicial. El 75% son trabajadores, el grado académico que destaca es la licenciatura con un 62.5%, el 50% son solteros, y en cuanto a religión el 37.5% son católicos, siendo similar en personas que no practican ninguna



religión, sin encontrar significancia estadística con ninguna de las variables (Tabla 15).

Tabla 15. Dependencia a drogas y características sociodemográficas. DAST-10

	Riesgo Moderado - Consumo Perjudicial		Riesgo Bajo		Total		X ²	gl	P
	f	%	f	%	F	%			
Edad									
18 a 26 años	1	12.5	0	0.0	1	12.5	0.163	1	0.686
19 a 35 años	6	75.0	1	12.5	7	87.5			
Total	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Ocupación									
Estudiante	1	12.5	0	0.0	1	12.5	0.381	2	0,827
Trabaja	5	62.5	1	12.5	6	75.0			
Desempleado	1	12.5	0	0.0	1	12.5			
Total	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Sexo									
Hombre	7	87.5	1	12.5	8	100.0		--	
Total	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Escolaridad									
Preparatoria	3	37.5	0	0.0	3	37.5	0.686	1	0.408
Licenciatura	4	50.0	1	12.5	5	62.5			
Total	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Estado Civil									
Soltero	4	50.0	0	0.0	4	50.0	1.9	2	0.386
Unión Libre	2	25.0	1	12.5	3	37.5			
Casado	1	12.5	0	0.0	1	12.5			
Total	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Religión									
Católico	3	37.5	0	0.0	3	37.5	1.9	2	0.386
Otra	2	25.0	0	0.0	2	25.0			
Ninguna religión	2	25.0	1	12.5	3	37.5			
Composición familiar									
Nuclear	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Total	7	87.5	1	12.5	8	100.0			

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, sección 1/Test de AUDIT, sección 3.



6. DISCUSIÓN

El consumo de sustancias adictivas en la población joven se considera un problema de salud pública, que ha ido en aumento en la población joven. En la presente investigación se reporta que el 54.6% de los encuestados han consumido tabaco alguna vez en la vida, casi similar a lo reportado por Peña García et al. (2017) (53.3%). La edad media de inicio de consumo de tabaco fue a los 18.05 años, con una diferencia mínima con la reportada en Tabasco (19.4%) para el 2016 por ENCODAT 2016, difiere con la estadística nacional de 14.3 años en la misma encuesta.

Se observó que el 87% de los pacientes inició el consumo de cigarro por curiosidad, siendo distinto de lo reportado por Peña García et al. (2017) (causa psicológica). El 19.1% de la población ha fumado durante el último año, superior al índice reportado en Tabasco en el ENCODAT 2016 (11%).

Del hábito tabáquico se observa en este estudio que las mujeres fuman menos que los hombres con un 40.7% y 55.6% respectivamente, sin embargo, a pesar de que en ENCODAT 2016 se conserva el mismo patrón de distribución, son grandes las diferencias entre el porcentaje de una y otra (3.3% de mujeres y 19.2 % de hombres), haciendo una diferencia de hasta un 30%.



En cuanto a grados de dependencia a nicotina se encontró que de los fumadores en el último año el 96.3% presenta dependencia leve y el 3.7% cursa con dependencia moderada. Esto representa un 18.4% y 0.7% de la población total respectivamente, distinto a lo reportado en ENCODAT (82.3% dependencia leve y el 17.2% moderada).

Solo los hombres presentan dependencia moderada. Se observa también que el 70% de fumadores son trabajadores, no concordante con Peña García et al. (2017) que encontró en su estudio que la mayoría de fumadores estudian y trabajan, el 40.7% de los fumadores tienen escolaridad preparatoria y son solteros y el 59.3% practican religión católica. No se encontró relación entre ninguna de las características sociodemográficas y la dependencia nicotínica.

Con respecto al consumo de alcohol; el 83.7% de los jóvenes han consumido alcohol alguna vez en la vida, de ellos el 46.8% son hombres y el 36.9% mujeres lo que difiere con lo reportado en 2016 por ENCODAT en donde el consumo de alcohol por parte de los hombres es de 62.7% y en mujeres de 62.6%.

La edad media de inicio de consumo fue 18.6 años, lo que también difiere un poco con los resultados de ENCODAT 2016 (17.9 años) y Peña García et al. (2017) y colaboradores quienes mencionan una edad promedio de inicio de 16.29 años en estudiantes Universitarios de Mazatlán.



El principal motivo de inicio de consumo fue la curiosidad (74.6%), seguida de la influencia de los amigos (14.4%), lo que difiere a lo encontrado por Rodríguez Ramírez et al (2018) que señalan en población universitaria la razón social es el principal motivo de inicio del consumo (53.2%)

El consumo de alcohol durante el último año fue de 62.4%, mayor a la reportada por ENCODAT 2016 en población de 18 a 65 años (53.35%), pero menor a lo reportado por Peña García et al. (98.3%). En relación a la frecuencia de consumo de alcohol en este estudio encontramos que el 73.9% consumen alcohol una o menos veces al mes, y el 3.4% lo hace de 2 a 3 veces por semana lo que difiere de Gómez Cruz et al (2017) con 38.3 y 18.6% respectivamente.

De los consumidores de alcohol el 55.7% son mujeres y 44.3% hombres, muy diferente a lo reportado por ENCODAT en 2016; 39 y 59.8% respectivamente. En cuanto a cantidad de consumo por día encontramos que 13.7% ingiere más de 10 copas en un día de consumo, por encima de lo encontrado por Gómez Cruz et al. (2017) (9.9%). En nuestro estudio el 4.5% de consumidores presentan sentimientos de culpa mensualmente después de haber bebido, diferente al 3.1% encontrado por Peña García et al. (2017)

Ahora bien, se encontró en la población estudiada que el 30.5% presentan consumo sensato, el 16.31% posible dependencia y el 15.6% consumo perjudicial, lo que difiere con Peña García et al. (2017) quien reporta 34.6%, 43.1% y 22.4%



respectivamente, sin coincidir con lo reportado por ENCODAT 2016 (2.2%) en población total para dependencia al alcohol.

En cuanto a características sociodemográficas, el 55.7% son mujeres y 44.3% hombres, 65.9% son trabajadores, el 40.9% tienen grado académico de licenciatura; son solteros el 43.2% y el 67% son católicos. Los hombres resultaron ser quienes presentan algún grado de dependencia al alcohol, encontrándose una relación estadísticamente significativa, lo que se traduce en que pertenecer al género masculino influye en presentar algún grado de dependencia alcohólica, contrario a lo encontrado por Betancourth et al (2015), en donde no se encontró relación estadística entre sexo y consumo de alcohol.

En nuestro estudio se encontró que estar en unión libre tiene relación estadísticamente significativa con presentar algún grado de dependencia al alcohol, sin embargo, no se encuentra relación con composición familiar, coincidiendo con Betancourth et al. (2015), quien no encontró relación entre alcoholismo y composición familiar nuclear.

En este estudio el 14.2% de personas encuestadas ha consumido algún tipo de droga alguna vez en la vida, menor a lo encontrado por Villatoro Velázquez et al. (2016) (18.3%), encontramos también que en nuestra población el 2.1% de mujeres y 12.1% hombres han consumido drogas alguna vez en la vida. La edad media de



inicio de consumo de drogas es 20.05 años, en contraste con lo reportado por ENCODAT 2016 (17.8 años).

En cuanto a prevalencia de consumo en el último año el 5.67% de la población total encuestada ha consumido drogas, mayor a lo encontrado en ENCODAT 2016 (2%). Los hombres fueron los únicos consumidores durante el último año, dentro de las drogas utilizadas el último año, la marihuana representa el 62.5% comparado con el 14% reportado a nivel nacional, la cocaína con un 25%, a diferencia del 12.6% (ENCODAT 2016) el uso de marihuana y LSD simultáneamente representa el 12.5%.

En cuanto a dependencia a alguna droga y características sociodemográficas no se encontraron resultados significativos para establecer una relación entre una variable y otra. Así como dependencia de drogas y composición familiar no se pueden hacer comparación con otros tipos de familia ya que los consumidores el 100% pertenecían a una familia nuclear, en contraste con lo encontrado por Serrano Rojas et al. (2019), quien menciona la familia monoparental tiene mayor riesgo para consumo de drogas.



7. CONCLUSIONES

- Se observó que el 19.1% de la población encuestada son fumadores, la edad media para el inicio del consumo de Tabaco es 18.05 años, y la mayoría presenta dependencia leve, siendo los hombres los de mayor prevalencia.
- El 64% de la población estudiada presenta consumo de alcohol, con una edad media de inicio de 18.68 años de los cuales el sexo predominante fue el femenino con un 55.7%, esto se puede explicar cómo el avance en la igualdad de género, sin embargo, presentan consumo sensato de alcohol. Los hombres son quienes presentan dependencia.
- El 5.67% de los encuestados son consumidores de drogas, todos ellos hombres, con edad media de inicio 20.05 años, pero edad mínima de 15 años, la mayoría con riesgo moderado.
- Respecto a los grados de consumo de alcohol, tabaco y drogas, el sexo masculino se encontró con mayor prevalencia en consumo de riesgo o dependencia.
- Ser hombre y vivir en unión libre se consideran factores de riesgo para presentar dependencia al alcohol en cualquier grado.



- De acuerdo a características sociodemográficas los consumidores de alguna sustancia adictiva (alcohol tabaco y drogas) son población económicamente productiva, lo que podría explicar su consumo por fácil acceso, pero no parece ser un factor de riesgo.
- El tipo de familia que se encontró con mayor porcentaje en el consumo de las sustancias estudiadas (tabaco, alcohol y drogas) fue la familia nuclear, a diferencia de la familia monoparental que en la literatura se encuentra como factor de riesgo para consumo.
- No se encontró relación con significancia estadística entre el consumo de las sustancias adictivas con la composición familiar, lo que se traduce en que la composición familiar no influye en el consumo de sustancias adictivas.



8. RECOMENDACIONES

- Debido a los resultados obtenidos se sugiere reforzar en la población joven la prevención de adicciones por parte del personal médico, enfermería, psicología y trabajo social; para detectar tempranamente el consumo de sustancias adictivas y lograr prevenir la dependencia.
- Se puede dedicar tiempo durante una consulta adolescente para aplicación de instrumentos de tamizaje como AUDIT, Fagerstrom u otros de forma metodológica, como parte de la atención del mismo, sin embargo, implicaría reducir la cantidad de pacientes por médico en la consulta, para poder ofrecer calidez y calidad en la misma, o dedicar un día para consultas de orientación y educación a los pacientes.
- Hacer énfasis en las consecuencias que presenta una adicción y educar al paciente con respecto a ellas, podría influir positivamente en la reducción del uso de sustancias adictivas.
- El uso de folletos en la consulta médica, podría ser una herramienta útil para educación al paciente, si bien es cierto que trabajo social, psicología o las orientadoras del instituto cuentan con ese tipo de papelería, no siempre son el primer contacto con los pacientes.



- Como sugerencia final, el fomentar la comunicación familiar afectiva en los consultantes influye de manera positiva para cualquier padecimiento, por lo que debe reforzarse durante la práctica médica.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A., & Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 168–183. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>
2. Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2015). Guía para el promotor de “Nueva Vida.” *“Prevención de Las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables Para Una Nueva Vida, Guía Para El Promotor de Nueva Vida,”* 15–32. Retrieved from http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf
3. Clark, Y. F., Celia, D., Reyes, V., & Marrero, M. B. (2019). Caracterización de las personas consumidoras de bebidas alcohólicas. *Acta Médica Del Centro*, 13(4), 523–531. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=139754159&lang=es&site=ehost-live>
4. Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., de la Fuente-Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Substance use in adolescents: Considerations for medical practice. *Medicina Interna de Mexico*, 34(2), 264–277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
5. Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3–4), 96–104.
6. Telumbre J, Sánchez B. (2015). *Consumo de Alcohol en Adolescentes del Estado de Guerrero, México. Health and Addictions[revista en Internet] 2014 [acceso 16 de marzo de 2018]; 15(151): 79-86.* Retrieved from <https://www.redalyc.org/html/839/83938758008/>
7. Arantza Sanvisens*, Paola Zuluaga*, Gabriel Rubio**, Antoni Short***, Antoni Gual****, Francisco Javier Álvarez*****, Marta Torrens*****, Fernando Rodríguez de Fonseca*****, Roberto Muga*, C. (2019). DSM-5 en pacientes que solicitan el primer tratamiento del trastorno por uso de



- alcohol. Diferencias de sexo en el estudio multicéntrico CohRTA. *Adicciones*, 2019, Vol XX, xx(diciembre 2018), 84–90. Retrieved from doi: 10.20882/adicciones.1177
8. Ramos, M. B., Antón, E. O., & Tomé, S. (2016). Tratamiento del paciente alcohólico y del síndrome de abstinencia alcohólica. *Medicine (Spain)*, 12(10), 583–590. <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.05.007>
 9. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2008). *Guía de Práctica Clínica. Manejo de la Abstinencia Alcohólica en el Adulto*. 30.
 10. Monte-Secades, R., Rabuñal-Rey, R., & Guerrero-Sande, H. (2015). Inpatient alcohol withdrawal syndrome. *Revista Clinica Espanola*, 215(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.11.013>
 11. Duffy, D. N. (2015). Alcohol consumption: Main public health problem of the Americas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371–382. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151>
 12. Monereo Megías, S., Arnoñaga Rodríguez, M., Olmedilla Ishishi, Y. L., & Martínez De Icaya, P. (2016). Papel de las bebidas fermentadas en el mantenimiento del peso perdido. *Nutricion Hospitalaria*, 33, 37–40. <https://doi.org/10.20960/nh.343>
 13. Enrique Gámez-Medina, M., Jesica, J., Ahumada-Cortez, G., & Valdez-Montero, C. (2017). *Las Representaciones Sociales Del Consumo De Tabaco, Alcohol Y Otras Drogas Social Representations of the Consumption of Tobacco, Alcohol and Other Drugs*. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/461/46154510002.pdf>
 14. García, C., Calvo, F., Carbonell, X., & Giralt, C. (2017). Binge drinking and risk sexual behavior among college students. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 17(1), 63–71. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.282>
 15. Docente, P., Rivero, F., & Manzanillo, A. (2017). Nivel de conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes de riesgo a través de una intervención educativa. *Multimed*, 21(3), 218–232.
 16. Luis Higuera-Sainz, J., José, J., Pimentel-Jaimes, A., Geu, J., Mendoza-Catalán, S., Rieke-Campoy, U., ... Camargo-Bravo, A. (2017). *El Consumo*



*De Alcohol Como Factor De Riesgo Para Adquirir Sobrepeso Y Obesidad
Alcohol Consumption As a Risk Factor To Acquire Overweight and Obesity.*

Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510004.pdf>

17. Suárez, C., Del Moral, G., Martínez, B., John, B., & Musitu, G. (2016). El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.004>
18. Gómez Cruz, Z., Landeros Ramírez, P., Noa Pérez, M., & Martínez Severiano, P. (2017). Consumo de alcohol, tabaco, drogas, universitarios. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(4), 0–9. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174a.pdf>
19. Barradas Alarcón, M. E., Fernández Mojica, N., & Gutiérrez Serrano, L. (2016). Prevalence of alcohol consumption in university students. *Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativo*, 6(12), 1–14.
20. Del Carmen Gogeochea-Trejo, M., Méndez-Maín, S. M., Natera-Rey, G., Blázquez-Morales, M. S. L., De San Jorge-Cárdenas, X., & Treviño-Siller, S. (2016). Consumo de alcohol y lesiones: Estudio en población atendida en servicios de urgencias de la ciudad de xalapa, veracruz, México. *Salud Mental*, 39(2), 61–68. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.002>
21. Sanores, M., Regalado, P., Giraldo, B., Prado, G., Aguilar, S., & Rubio, M. (2005). Guías mexicanas para el tratamiento del tabaquismo. Un consenso nacional de expertos. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 64(2), s84–s112. Retrieved from <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2013/04/guias-mexicanas-control-tabaquismo-2005.pdf>
22. Paz-Ballesteros, W. C., Zavala-Arciniega, L., Gutiérrez-Torres, D. S., Ponciano-Rodríguez, G., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2019). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(2, Mar-Abr), 136. <https://doi.org/10.21149/9858>



23. Drake, I., & Martich, E. (2016). Tratamientos farmacológicos para la reducción de la adicción al tabaco: análisis de costo-efectividad. *Rev Argent Salud Pública*, 7(26), 8–13.
24. Juan Sebastián Sanabria C.a, Jaime David Arce S.a, Orlenis María Sierra O.a, A., & María Gil V.b. (2016). Tabaquismo materno como un factor posiblemente implicado en el desarrollo d...: Servicio de Descubrimiento para BOLIVIA. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 81(6), 526–533. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e7f03b8-5248-493c-a188-f35952845c38%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4205>
25. Rizo-baeza, M., & Kuzmar, I. (2018). Factores de riesgo de consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 13, 5. Retrieved from http://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_de_riesgo_de_consumo.pdf
26. María Paz Corvalán, B. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(Lc), 186–189.
27. Alonso, J., Morera, C., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., & Wright, G. M. (2015). Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 145–153.
28. Londoño Restrepo, J., & Aristizábal Echeverry, L. C. (2016). Revisión narrativa. Complicaciones en la madre, feto y neonato, derivadas del consumo de cocaína durante la gestación. *Medicina UPB*, 35(1), 24–31. <https://doi.org/10.18566/medupb.v35n1.a04>
29. Valadez, G. S., Elizabeth, B., & Ruíz, G. (2019). *Repercusiones orales en consumidores de metanfetaminas y presentación de un caso*. 23, 114–121.
30. Roset Ferrer, C., Gomila Muñiz, I., Elorza Guerrero, M. Á., Puiguriquer Ferrando, J., Leciñena Estean, M. Á., Tuero León, G., ... Barceló Martín, B. (2020). Intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina atendidas en los servicios de urgencias: características clínicas y utilidad de la confirmación analítica. *Emergencias (Sant Vicenç Dels Horts)*, 26–32.



31. Pedrero-Pérez, E. J., Morales-Alonso, S., Álvarez-Crespo, B., & Benítez-Robredo, M. T. (2020). Consumo de fármacos opiáceos en la ciudad de Madrid: factores sanitarios y sociodemográficos asociados. *Adicciones*, xx. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1335>
32. Sandí Brenes, S., & Sandí Esquivel, L. (2016). TEMA 9-2016: Dependencia a opioides y su tratamiento. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(1), 87–92. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i1.23068
33. Jiménez Cardona, M. B. (2018). Administración intratecal en dosis mínima de morfina para el manejo del dolor postquirúrgico en cesárea. *Anestesia En México*, 30(3), 38–46.
34. Peña, Bustos, & González. (2019). Sustancias De Abuso más frecuentes en México: Aspectos Médico-Legales. *Centro Universitario Del Sur. Universidad de Guadalajara. México. Forensejoseantoniop@gmail.Com*, 9–28. Retrieved from https://www.uv.es/gicf/3R1_Penya_GICF_32.pdf
35. Casavielles, Y. E. R., Herse, M. G., De, E. J., & Rosales, R. (2017). La marihuana y los efectos que provocan en los seres humanos. *Correo Científico Médico de Holguín*, 21(2), 557–560.
36. Carreter Parreño, J., García Castillo, O., Ródenas Aguilar, J. L., Gómez Saldaña, A., Bermejo Cacharrón, Y., & Villar Garrido, I. (2011). Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Atencion Primaria*, 43(8), 435–439. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.08.003>
37. Serés García, L. (2016). Síndrome alucinógeno,indoles alucinógenos. *Revista Catalana de Micologia*, 37(37), 75–85.
38. UNODC. (2017). Informe Mundial sobre las Drogas. *Unodoc Research*, 162. Retrieved from file:///C:/Users/usuario/Desktop/INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS.pdf
39. Callisaya Argani, J. I. (2018). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de la Paz. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 52. <https://doi.org/10.21501/24631779.2635>
40. Molero-Jurado, M. del M., Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez-Linares, J. J., & Barragán-Martín, A. B. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas



- en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención Familiar*, 24(2), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>
41. Lisset, Y., & Carmona, M. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 141.
 42. Ortiz, M. I., & Ortiz-Márquez, M. (2018). Addiction risk factors and their relationship with sports and recreational activities. *Retos*, 2041(34), 71–79.
 43. Amor-Salamanca, A., Guzzo-Merello, G., González-López, E., Domínguez, F., Restrepo-Córdoba, A., Cobo-Marcos, M., ... García-Pavía, P. (2018). Prognostic Impact and Predictors of Ejection Fraction Recovery in Patients With Alcoholic Cardiomyopathy. *Revista Espanola de Cardiologia*, 71(8), 612–619. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.11.021>
 44. World Drug Report (2020). *Journal of Visual Languages & Computing*, 11(3), 55. Retrieved from https://www.m-culture.go.th/mculture_th/download/king9/Glossary_about_HM_King_Bhumibol_Adulyadej's_Funeral.pdf
 45. Correa-López, L. E., Segura Márquez, C. L., Cedillo Ramirez, L., Morales Romero, A. M., & Olivera Ruiz, J. E. (2019). Tabaquismo: un problema que afecta a los jóvenes universitarios a nivel nacional e internacional. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(3), 106–106. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v19i3.2147>
 46. Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*. Retrieved from http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20160519/asocfile/20160519185056/informe_sobre_control_de_tabaco_en_am_rica_ops_omc.pdf
 47. INPRFM Psiquiatría, I. N. de. (2017). Encodat Tabaco. *Secretaría de Salud*, 489. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>



48. World Health Organization. (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. Organización Panamericana de La Salud, 28. Retrieved from http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Villatoro-Velázquez, J. A., Reséndiz, E. E., Mujica, S. A., Bretón-Cirret, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. *Secretaría de Salud*, 1, 190. Retrieved from <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
50. Narro-Robles, José, et al. (2016). *ENCODAT_DROGAS_2016_2017.pdf*.
51. Alonso Castillo, M. M., Un Aragón, L. T., Armendáriz García, N. A., & Navarro Oliva, Edna Idalia Paulina López Cisneros, M. A. (2018). Sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Investigación y Ciencia: De La Universidad Autónoma de Aguascalientes*, ISSN-e 1665-4412, No. 75, 2018, Págs. 66-72, 26(75), 66–72. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6579487>
52. Arias-Gallegos, W. L., Huamani-Cahua, J. C., & Choque-Vera, R. (2019). Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Medica Peruana*, 35(3). <https://doi.org/10.35663/amp.2018.353.618>
53. Secretaría de Salud. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Retrieved from <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-108-08/ER.pdf>
54. América, M., Zulma, P., Yudy, A., Alba, C., Johana, A., Mariluz, A., & Ortiz, M. (2016). Validación del Test de Fagerström para adicción a la Nicotina (FTND). *Revista Investigación En Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 161–175.



55. Svicher, A., Cosci, F., Giannini, M., Pistelli, F., & Fagerström, K. (2018). Item Response Theory analysis of Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Addictive Behaviors*, 77(September 2017), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.005>
56. Paz-Ballesteros, W. C., Zavala-Arciniega, L., Gutiérrez-Torres, D. S., Ponciano-Rodríguez, G., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2019). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(2, Mar-Abr), 136. <https://doi.org/10.21149/9858>
57. Donoso, M. P. (2015). Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. *Observatorio Chileno de Drogas*, 3, 1–5. Retrieved from [http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin_3_Análisis_de_Resultados_del_Alcohol_Use_Disorders_Identification_Test_\(AUDIT\)_Resultados_Escala.pdf](http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin_3_Análisis_de_Resultados_del_Alcohol_Use_Disorders_Identification_Test_(AUDIT)_Resultados_Escala.pdf)
58. Guadalupe Yañez-Castillo, B., Villar-Luis, M. A., & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Journal Health NPEPS*, 3(1), 5–21. <https://doi.org/10.30681/252610102736>
59. Ruiz-Martínez, A. (2016). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1–16. <https://doi.org/10.5872/psiencia.v9i2.216>
60. Giguère, C. É., & Potvin, S. (2017). The Drug Abuse Screening Test preserves its excellent psychometric properties in psychiatric patients evaluated in an emergency setting. *Addictive Behaviors*, 64, 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.042>
61. Velázquez, J. A. V., Icaza, M. E. M. M., del Campo Sánchez, R. M., Ito, D. A. F., Gamiño, M. N. B., Escobar, E. R., ... Martínez, V. C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: Tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193–203. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.023>



62. Peña García, G., & Esparza Almanza, S. (2017). Alcohol y tabaco: dependencia, motivos, desordenes y consumo en estudiantes mazatlecos. *Revista Conjeturas Sociológicas*, 5(13), 142–174.
63. Rodríguez-Ramírez, J. M., Esquivel-Gámez, M., Landeros-Velasco, V., Villalpando-Luna, S. E., & Rodríguez-Nava, V. F. (2018). Motivos para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la licenciatura de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 26(1), 41–45.
64. Betancourth Zambrano, S., Tacán Bastidas, L. E., & Córdoba Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.67>
65. Rojas, I. T. S. (2019). T e s i s. Universidad Autónoma Del Estado de México, p. 100.



10. ANEXOS

Anexo I. Cronograma de actividades

Planificación de Actividades	Año - Mes				
	2020				
	Abr - May	Jun - Jul	Ago-Sept	Oct - Nov	Diciembre
Búsqueda del título de investigación					
Elaboración de la pregunta de investigación					
Realización del planteamiento del problema					
Marco teórico					
Justificación del estudio					
Consideraciones éticas					
Realización del objetivo general y específico					
Estudio del material y métodos a usar					
Selección de variables					
Realización de criterios de inclusión					
Ver los recursos a utilizar					
Autorización por el comité de investigación y ética local SIRELCIS					
Aplicación de encuestas					
Recopilación de datos					
Análisis de datos					
Conclusiones					
Finalización del proyecto					
Presentación de tesis final					



Anexo II. Consentimiento informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	
<p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	"Consumo de sustancias adictivas en jóvenes de 18 a 35 años, en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, Tabasco"
Patrocinador externo (si aplica)*:	Ninguno
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco a
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	En la UMF 43, no existen estudios específicos con el consumo de sustancias adictivas, y atiende una población de personas en edad productiva de manera importante, por lo que se pretende estudiar a la población entre 18 a 35 años y enriquecer el manejo multidisciplinario correcto, con la identificación temprana de posibles adicciones, enriquecimiento de los programas existentes para su prevención y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Objetivo: Describir el consumo de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes de 18 a 35 años que se atienden la UMF 43.
Procedimientos:	Se realizara la aplicación de instrumento sociodemográfico, Test Fagestrom para dependencia al Tabaco, Test AUDIT para la identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol y DAST-10 para detección de uso de drogas.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad de las preguntas y tiempo para realizar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si tiene algún grado de dependencia al alcohol, tabaco u otra droga, para fortalecer la prevención y detección oportuna en la consulta externa.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará si tiene algún tipo de dependencia a Tabaco, alcohol o drogas, y se otorgara orientación sobre adicciones, recomendando acudir a su consulta de medicina familiar.
Participación o retiro:	Usted puede participar o retirarse de este estudio en el momento que lo desee sin repercusiones.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos se tratarán con privacidad y confidencialidad. Su uso es exclusivo para este estudio.
<p>Declaración de consentimiento:</p> <p>Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ___ años tras lo cual se destruirá la misma.</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigadora o Investigador responsable: <u>M en C. Elias Hernández Cornelio</u></p> <p>Colaboradores: <u>M.C. Jannay Broca García</u></p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p> <p>Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal</p> <p>Testigo 1</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	



Anexo III. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CALIFICACION DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	TIPO ESTADISTICO
Edad	Cuantitativa numérica Discreta	Tiempo que ha vivido una persona, desde que nació, hasta el momento del estudio.	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	1. 18 a 23 años 2. 24 a 29 años 3. 30 a 35 años	Escala de razón	Medidas de tendencia central
Ocupación	Cualitativa Policotómica	Actividad desempeñada por una persona aunque no le genere ingresos económicos.	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	0. Estudiante 1. Trabaja 2. Estudia y trabaja 3. Labores del hogar 4. Desempleado	Nominal	Distribución de frecuencias
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Característica orgánica que diferencia a una persona en hombre o mujer.	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	1. Mujer 2. Hombre	Nominal	Distribución de frecuencias
Escolaridad	Cualitativa Policotómica	Nivel académico obtenido	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	0. Analfabeta 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado	Ordinal	Medidas de tendencia central
Estado. Civil	Cualitativa Policotómica	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	0. Soltero 1. Unión libre 2. Separado 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo	Nominal	Distribución de frecuencias
Religión	Cualitativa Policotómica	Conjunto de creencias religiosas.	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	0. Católico 1. Cristiano 2. Otra 3. Ninguna religión	Nominal	Distribución de frecuencias
Composición familiar	Cualitativa	Organización de la familia de acuerdo a los miembros que la conforman	Pregunta directa por cuestionario sección 1.	0. Familia nuclear 1. familia extensa 2. Familia compuesta 3. familia monoparental 4. otros tipos de familia	Nominal	Distribución de frecuencias
Tabaquismo	Dependiente, cualitativa	Grado de dependencia a la nicotina	Utilizando el Test de Fagerstrom, con 6 ítems totales, el 1 y el 4 con valores que van del 0 al 3, en los ítems 2,3, 5 y 6 con valores de 0 a 1.	0-3: leve 4-5: Moderada 8-10: severa	Ordinal	Medidas de tendencia central/distribución de frecuencias
Consumo de alcohol	Dependiente, cualitativa	Acto de ingerir bebidas alcohólicas.	Utilizando el Test AUDIT, con 10 ítems, el cual clasifica el tipo de consumo de alcohol reciente; cada una, consta de 3 a 5 posibles respuestas, con valor numérico que van de 0 a un	0-3: consumo sensato 4-7: posible dependencia 8-40: consumo perjudicial	Ordinal	Medidas de tendencia central/distribución de frecuencias



			máximo de 40 puntos			
Consumo de drogas	Dependiente, cualitativa	Autoadministración de una sustancia psicoactiva diferente al alcohol o tabaco.	Cuestionario DAST-10 (cuestionario de prueba de detección de drogas), como screening para detección de abuso, con 10 ítems y uso de respuestas dicotómicas, donde 0 es no y 1 es sí, obteniéndose un puntaje máximo de 10 puntos	0: Riesgo bajo de abuso 1-2: Riesgo Moderado de abuso 3- 5: Consumo Perjudicial Igual o Mayor a 6: Dependiente de drogas	Ordinal	Distribución de frecuencias/Medidas de tendencia central

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo IV: Cuestionario

CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN JÓVENES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Instrucciones: la veracidad de sus respuestas es muy importante para este estudio. Seleccione de cada categoría la opción numérica que corresponde su situación personal, anote el número de su opción en la línea junto cada pregunta o enunciado. Es importante hacer de su conocimiento que toda información obtenida aquí será confidencial.

SECCION I: DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? _____

2. Ocupación: _____

0. Estudiante

1. Trabaja

2. Estudia y trabaja

3. Labores del hogar

4. Desempleado

3. Sexo: _____ 1. Mujer 2. Hombre

4. Escolaridad: _____

0. Analfabeta

1. Primaria

2. Secundaria

3. Preparatoria

4. Carrera técnica

5. Licenciatura

6. Posgrado

5. ¿Cuál es su estado civil/conyugal? _____

0. Soltero

1. Unión libre

2. Separado

3. Casado

4. Divorciado

5. Viudo

6. Religión _____

0. Católico

1. Cristiano

2. Otra. Especifique: _____

3. Ninguna religión

Composición familiar.

7. Durante su niñez usted: ¿vivía con?

0. Padre, madre y hermanos ¿Cuántos hermanos?: _____

1. Padre, madre, hermanos y otro familiar.

2. Padre, madre, hermanos, otro familiar y alguna persona sin parentesco familiar (compadre, amigo, etc.).

3. Solo con papá o mamá.

4. Otro, especifique: _____

8. ¿Ha fumado tabaco alguna vez en la vida, aunque sea una sola fumada?

0. Sí 1. No

9. ¿A qué edad inició el consumo de tabaco? _____

10. ¿Qué lo motivó a iniciar a fumar?

0. Por curiosidad

1. Para sentirse más grande

2. Por influencia de los amigos

3. Por rebeldía

4. Por imitación

5. Era fácil conseguir los cigarros

6. Otro: ¿Cuál? _____

11. ¿Cuántos cigarros fuma al día actualmente? _____

12. ¿Con que frecuencia lo hace?

0. Diario

1. Semanalmente

2. Mensualmente

3. Ocasionalmente

4. Al menos una vez al año

13. ¿Convive con fumadores?

0. Sí 1. No

14. ¿Durante el último año ha fumado?

0. Sí 1. No

15. ¿Alguna vez en la vida ha consumido alguna bebida que contenga alcohol?

0. Sí 1. No

16. ¿A qué edad inició el consumo de alcohol? _____



17. ¿Qué lo motivó a iniciar la ingesta de alcohol?

- 0. Por curiosidad
- 1. Para sentirse más grande
- 2. Por influencia de los amigos
- 3. Por rebeldía
- 4. Por imitación
- 5. Era fácil conseguir el alcohol
- 6. Otro: ¿Cuál? _____

18. ¿Convive con consumidores de alcohol?

- 0. Sí.
- 1. No

19. ¿Durante el último año ha consumido alcohol?

- 0. Si
- 1. No

20. ¿Alguna vez en la vida ha consumido algún tipo de droga?

- 0. Sí
- 1. No

21. ¿A qué edad inició el consumo de drogas? _____

22. ¿Qué lo motivó a iniciar el consumo de drogas?

- 0. Por curiosidad
- 1. Para sentirse más grande
- 2. Por influencia de los amigos
- 3. Por rebeldía
- 4. Por imitación
- 5. Era fácil conseguir el alcohol

23. ¿Con que frecuencia consume drogas?

- 0. Una o menos veces al mes
- 1. De 2 a 4 veces al mes
- 2. De 2 a 3 veces a la semana
- 3. Diario

24. ¿Convive con consumidores de drogas?

- 0. Sí
- 1. No

25. ¿Ha consumido algún tipo de droga durante el último año?

- 0. Si
- 1. No

26. ¿Cuál de las siguientes drogas utilizó el ultimo año? Marque con una X.

<input type="checkbox"/>	Metanfetaminas (speed, cristal)	<input type="checkbox"/>	Cocaína
<input type="checkbox"/>	Cannabis (Marihuana, maría, churro)	<input type="checkbox"/>	Narcoticos (heroína, oxicodona, metadona, etc)
<input type="checkbox"/>	Inhalantes (tiner o adelgazante de pintura, aerosol, pegamento)	<input type="checkbox"/>	Alucinogenos (LSD, hongos)
<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes (valium)	<input type="checkbox"/>	Otros. Especifique: _____



CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN JÓVENES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

TEST DE FARGESTROM

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?
 0. Más de 60 min.
 1. 31-60 min.
 2. 6-30 min.
 3. Menos de 5 min.
2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido?
 1. Sí
 0. No
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
 1. El primero
 0. Los otros
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
 3. Más de 30
 2. De 21 a 30
 1. De 11 a 20
 0. Menos de 11
5. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?
 1. Sí
 0. No
6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
 1. Sí
 0. No



TEST AUDIT

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad. Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	



CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es “No” o “Sí”. Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra “abuso de drogas” es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	No	Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No	Sí
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	No	Sí
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Sí