

Portada Externa de Tesis

<p>Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en adolescentes y su relación con factores psicológicos y psicosociales</p> <p>2019</p> <p>Berenice Viridiana Banda Anaya</p>	 <p>Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Psicología Campus San Juan del Río</p> <p>Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y su relación con factores psicológicos y psicosociales</p> <p>Tesis</p> <p>Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra En Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia</p> <p>Presenta</p> <p>Berenice Viridiana Banda Anaya</p>  <p>San Juan del Río, Qro</p>
---	--



Portada Interna de Tesis

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología

Maestría en Salud Mental de la Infancia y la adolescencia

NOMBRE DE LA TESIS

Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en adolescentes y su relación con factores psicológicos y psicosociales

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.

Presenta:

Berenice Viridiana Banda Anaya

Dirigido por:

Dra. Pamela Garbus

SINODALES

Pamela Garbus

Presidente

Firma

Dra. Gloria Nélica AVECILLA RAMÍREZ

Secretario

Firma

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Vocal

Firma

Mtro. Guillermo Hernández González

Suplente

Firma

Mtro. José Alberto Jiménez Tapia

Suplente

Firma

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Fecha

México

RESUMEN

El consumo de alcohol, tabaco y drogas se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Los programas de acción en San Juan del Río, Querétaro tratan de hacer frente a estas dificultades, sin embargo no están basados en datos epidemiológicos de esta población. Se realizó un estudio epidemiológico con una muestra representativa de 992 alumnos de nivel secundaria que contestaron un cuestionario anónimo autoaplicable, utilizado en diversos estudios a nivel nacional, el cual contiene varias escalas incluyendo las de consumo de drogas. El objetivo fue medir la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en esta población, además de relacionar tales prevalencias con factores asociados al consumo. La prevalencia de consumo de por lo menos una droga “en la vida” es de 63.3%. De estos el 58.3% han consumido alcohol, 22.2% han consumido tabaco, seguido por inhalables con 14.9%, para marihuana es un 13% y dejando a otras drogas con un porcentaje menor a 5%. En el último mes se encontró una prevalencia de consumo general de alcohol de 21%, tabaco de 17%, marihuana de 10%, inhalables de 6%. En cuanto a la relación de consumo de drogas con factores, la impulsividad tiene una correlación positiva, la autoestima una y la relación con su madre tienen una relación negativa.

Palabras clave: Prevalencia, alcohol, tabaco, drogas, correlación.

ABSTRACT

The consumption of alcohol, tobacco and drugs has become a public health problem worldwide. The action programs in San Juan del Río, Querétaro try to deal with these difficulties, however, they are not affected in epidemiological data of this population. An epidemiological study was conducted with a representative sample of 992 secondary level students who questioned a self-applicable anonymous questionnaire, used in various national studies, which contains several scales including drug use. The objective was to measure the prevalence of the consumption of alcohol, tobacco and other drugs in this population, in addition to relating these prevalences with factors associated with consumption. The prevalence of consumption of at least one drug "in life" is 63.3%. Of these 58.3% have consumed alcohol, 22.2% have consumed tobacco, followed by inhalants with 14.9%, for marijuana it is 13% and leaves other drugs with a percentage lower than 5%. In the last month a prevalence of general alcohol consumption of 21%, tobacco of 17%, marijuana of 10%, inhalants of 6% was found. As for the relationship of drug use with factors, impulsivity has a positive correlation, self-esteem and the relationship with your mother have a negative relationship.

Key words: Prevalence, alcohol, tobacco, drugs, correlation

Dedicatoria y Agradecimiento

Dedico este trabajo a las personas que se encuentran sumergidas en alguna adicción y que comenzaron su consumo en la adolescencia, espero que un día logren salir de ese mundo agotador, Por sus familias que sufren de otro modo pero en misma proporción. Dedico mi trabajo a toda persona que esté interesada a hacer de este mundo mejor, y ocupe mi trabajo para hacer el bien, creando programas, proyectos, pláticas. Dedico este trabajo a todas las personas que están convencidas que aprender nos da ventaja sobre la ignorancia y la insensatez.

A mi papá, que su recuerdo me hace sonreír, porque la vida nos dio tiempo de estar bien, de respetarlo, de comprenderlo y de amarlo. Él siempre quiso cosas buenas para mí. A mi mamá, que siempre me inspiras, me enseñas con el ejemplo de tu admirable historia, llena de victorias y ganas de vivir. Te debo el respeto y aprecio al estudio, eres responsables de mi mente crítica y flexible, sin duda eres sin saber, la primera feminista que conocí. A mi esposo Silviano que me animas, alientas, me diviertes, me fortaleces, consuelas y respaldas, simplemente eres mi persona favorita, quiero hacer grandes cosas a tu lado. A mi sobrina, que la quiero tanto, me encanta la mujercita que eres y confío en esa inteligencia que tienes para que tengas una gran vida. Yo siempre estaré cuando me necesites. A mi hermano, que siempre deseo que esté contento, cuide a su familia y tenga mucho amor.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Querétaro, la cual desde la preparatoria ha sido mi segunda casa, me arropa y enseña. Me enorgullece saber que mi educación pública me ha permitido explorar campos que no imaginé, fronteras mentales y reales que sin esta institución no sería posible haber cruzado. Eternamente agradecida con este organismo vivo que es la UAQ, la cual para la formación en esta maestría me asignó una beca para llevar a cabo un trabajo de tiempo completo para la investigación, gracias a rectoría por la comprensión y el apoyo y gracias a la directora del programa MSMIA por hacerlo posible.

Agradezco al cuerpo docente de la Maestría en Salud Mental en la infancia y la Adolescencia, ya que dieron forma y apoyo a un gran proyecto. A Gloria, Caro, Gregorio, Fabi, Raquel, Meli y Pablo, y sobre todo a Pamela, la cual ha sido un puente entre la idea y

lo concreto, siempre mostrando el poder de la gestión, el trabajo y el convencimiento, porque tiene algo súper importante que todo docente debería tener: confianza en sus estudiantes, lo cual personalmente me ha dado crecimiento, aprendizaje y seguridad. Gracias Pame

Gracias a mi equipo de investigación, porque sufrimos y sudamos, cada etapa fue difícil, pesada, agotadora, pero también muy satisfactorias e increíble. Aprendí de todos, desde mis compañeros de licenciatura hasta de los de la Maestría en Educación para la Ciudadanía, y a los profesores que en veces fungían de choferes; pero sobre todo agradezco a mis compañeras Karla y Lucero, las cuales me han sostenido y guiado, me han hecho sentir en confianza y me han mostrado que nunca es tarde para construir equipos fuertes y amistades verdaderas.

Por ultimo pero no menos importante agradezco en general a mis compañeras de Maestría, Erika, Dulce Karla, y Lucero, porque son lo que todo compañero quisiera para un grupo escolar, ya que a pesar de ser diferentes en todos los aspectos, nos compaginamos, aprendimos a darnos espacio, y a estar cuando era necesario, aprendimos a divertirnos, creando una convivencia que muchos envidiarían. Gracias a todas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. ANTECEDENTES.....	13
2.1. Consumo de drogas y salud pública.....	13
2.2. Prevalencias Internacionales de consumo de drogas.....	14
2.2.1. Consumo de alcohol a nivel internacional.....	14
2.2.2. Consumo de tabaco a nivel internacional.....	15
2.2.3. Consumo de drogas ilegales a nivel internacional.....	16
2.3. Prevalencias de consumo de drogas a nivel nacional.....	18
2.3.1. Consumo de alcohol a nivel nacional.....	18
2.3.2. Consumo de tabaco a nivel nacional.....	22
2.3.3. Consumo de drogas ilegales a nivel nacional.....	24
2.3.4. Prevalencia de consumo de drogas a nivel Regional.....	24
2.4. San Juan del Río y el consumo de drogas.....	25
2.4.1. Datos sobre la población en San Juan del Río.....	26
2.4.2. Consumo de Alcohol, tabaco y drogas en San Juan del Río.....	27
2.5. Los adolescentes y sus problemáticas en salud mental.....	28
2.5.1. Etapa de Adolescencia.....	28
2.5.2. Adolescencia y salud mental.....	29
2.5.3. Adolescencia y consumo de drogas.....	30
2.6. Factores asociados al consumo de drogas.....	30
2.6.1. Factores psicológicos.....	32
2.6.2. Factores psicosociales.....	33

3. OBJETIVOS.....	35
4. MATERIAL Y MÉTODOS	35
4.1. Tipo de investigación	36
4.2. Población y muestra	36
4.3. Instrumento utilizado.....	37
4.4. Operacionalización de variables.....	44
4.4.1. Definición Operacional de factores psicológicos.....	46
4.4.2. Definición operacional de factores psicosociales	48
4.5. Análisis de los datos	49
4.6. Consideraciones éticas.....	50
4.7. Procedimiento.....	51
4.8. Descripción de la muestra	52
5. RESULTADOS	54
5.1. Prevalencias de consumo de drogas en San Juan del Río	54
5.2. Prevalencia de consumo de drogas en el último mes	55
5.3. Relación del consumo de drogas con factores asociados	57
5.3.1. Relación con factores psicológicos	57
5.3.2. Relación con factores psicosociales	60
6. DISCUSIÓN.....	61
7. CONCLUSIONES.....	64
8. BIBLIOGRAFÍA.....	65
9. ANEXOS.....	74
9.1. ANEXO 1. Información para los padres y Carta de Consentimiento Informado...74	
9.2. Anexo 2 Guion de aplicación CIP-DERS	77

9.3. Anexo 3 Recursos de apoyo	79
9.4. Anexo 4 Carta de autorización USEBEQ.....	80
9.5. Anexo 5 Instrumento	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas contenidas en CIP-DERS	38
Tabla 2. Descripción operativa de consumo de alcohol, tabaco y drogas.....	45
Tabla 3 Definición operacional de factores psicosociales. ... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 4 Prevalencias de consumo por edad y sexo	55
Tabla 5 Consumo de drogas en el último mes.	56
Tabla 8 Relación del consumo de drogas con factores psicológicos (1 de 2).....	58
Tabla 9 Relación del consumo de drogas con factores psicológicos (2 de 2).....	59
Tabla 10 Relación del consumo de drogas con factores psicosociales	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	54
----------------	----

1. INTRODUCCIÓN

Las drogas han sido utilizadas desde tiempos antiguos en diversas comunidades y circunstancias varias, su gran éxito es debido a los efectos y al poder que ofrece a quien puede proveerla. Es un fenómeno dinámico, pero sobre todo, complicado, con matices que tocan todas las esferas humanas, pues en su consumo y distribución se mueven aspectos no solo personales o familiares, sino sociales, económicos y políticos.

El consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública debido a las complicaciones que se le asocian directamente, como la alta cantidad de muertes que se le atribuyen, como sobre dosis, o de forma indirecta, como accidentes de tráfico en estado de ebriedad, además de que las jeringas utilizadas para el consumo de heroína o drogas inyectables son responsables del contagio de enfermedades crónicas que son caras de costear para cualquier país (OMS 2018)

En cuanto al tema de salud mental, es necesario remarcar que el consumo de drogas genera complicaciones extras para una persona que cuenta ya con trastornos psicológicos y/o emocionales, provocando quizá que su situación empeore.

Este trabajo es un estudio epidemiológico que explora y analiza el consumo de drogas en adolescentes que cursan secundarias públicas de un municipio de Querétaro llamado San Juan del Río. Cuando en este trabajo se haga referencia a “drogas”, es necesario precisar que se refiere tanto a drogas legales como ilegales, debido a la naturaleza de las drogas que comparten características que las definen como drogas, sin embargo algunas son permitidas para la distribución y uso a mayores de edad, mientras que otras no.

Dentro del trabajo realizado se crearon relaciones con algunos factores psicológicos, como autoestima, impulsividad, locus de control, sintomatología depresiva, ideación e intento suicida y respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y psicosociales, como factores psicosociales, relación con padre y madre, recursos de apoyo y estrés cotidiano social, comparación que permitirá conocer las características y problemáticas asociadas con el consumo de drogas.

Debido a la necesidad de contar con datos sobre el fenómeno complejo del consumo de drogas, y las características del municipio con altas demandas de servicios y muchas problemáticas sociales no atendidas, se pensó en hacer este trabajo científico para aportar un panorama actual, y una mirada general del consumo de drogas, pues con esto se espera contribuir para la realización de planes y programas que atiendan la problemática desde una mirada más precisa.

Es de suma importancia atender los temas que ponen en peligro el bienestar de los adolescentes, ya que mucho de lo que acontecerá en el futuro será responsabilidad de esta generación, el darles bases sólidas y respuestas a sus problemáticas puede colaborar al buen desarrollo y manejo de problemáticas para su vida actual y futura.

A continuación se presenta este trabajo sobre el consumo de drogas y las prevalencias más actuales que se conocen sobre esta práctica a nivel internacional, nacional, regional y municipal. Se exponen las problemáticas asociadas a este fenómeno. Posteriormente se abordan las características de la adolescencia y como es que se relacionan con la problemática en cuestión, para cerrar el capítulo con los factores que se asocian al consumo de drogas, en donde se define cada uno y su relación con el consumo.

Para continuar se explican los objetivos, los cuales giran en torno producir datos epidemiológicos en cuanto al consumo de drogas en adolescentes de San Juan del Río y posteriormente cómo es que tales datos se relacionan con factores psicológicos y psicosociales. En seguida se explican los materiales y métodos utilizados, explicando el diseño metodológico y el procedimiento que tuvo lugar a lo largo de esta investigación.

El apartado a continuación se trata de los resultados encontrados, en los cuales se observan datos duros en ambos sentidos, pues son fehacientes, pero también crudos para conocer la realidad en la que viven los y las adolescentes de secundarias públicas en San Juan del Río y desde que fenómenos se pueden explicar ciertos comportamientos.

2. ANTECEDENTES

2.1. Consumo de drogas y salud pública

Un problema de salud pública es una situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población y puede analizarse desde su magnitud o su mortalidad, siendo el consumo de drogas uno de ellos, ya que genera daños a nivel personal, familiar y social, pues provoca problemáticas directas e indirectas; como indirectas se pueden encontrar las lesiones causadas por conducir en estado de ebriedad o directas como las complicaciones de una enfermedad por consecuencia del abuso de alguna droga.

Datos de la OMS (2015) indican que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y sus complicaciones, constituyen una gran carga para la salud pública a nivel mundial, ejemplos de ello es que se le atribuyen el 1.5% de la carga de enfermedades, mientras que a las drogas inyectables se le deben un 30% las nuevas infecciones de VIH, hepatitis B y C. También se sabe que el consumo de drogas se relaciona directamente con 450,000 muertes al año.

Se encuentran estudios que informan acerca de las investigaciones en cuanto a las consecuencias en la salud del consumidor de drogas (Oliva 2008), en los que se informan que el inicio precoz en el consumo de alcohol es uno de los principales predictores del consumo excesivo posterior, además de que existen estudios que revelan que el consumo de alcohol y de otras drogas durante la adolescencia puede alterar el desarrollo neurológico normal del cerebro, lo que tendría un importante impacto a nivel psicológico y comportamental (Spear, 2002).

Chambers, Taylor y Potenza (2003) han encontrado efectos permanentes sobre el córtex prefrontal, fundamental en funciones psicológicas como el aprendizaje y seguimiento de normas o la regulación emocional. Estos efectos pueden generar un desequilibrio entre los sistemas cerebrales relacionados con el placer y el control conductual, haciendo más vulnerable a las adicciones al adolescente consumidor. También existen evidencias sobre daños en otras zonas cerebrales como el hipocampo, que se encuentra implicado en procesos de aprendizaje y memoria (DeBellis et al., 2000). En cuanto al cannabis, se sabe que su

consumo abusivo puede generar daños en las vías respiratorias semejantes a los ocasionados por el tabaco (Iversen, 2005).

El consumo de drogas tiene también como consecuencia los actos violentos hacia la pareja, así lo indican estudios realizados en América Latina, como en el caso de Chile por Urzúa et al., 2001; Haití por Gage, 2005; México por Gómez-Dantés et al., 2006 y Rivera-Rivera et al., 2004 ; Nicaragua por Morrison y Orlando, 1999 y Perú Flake, 2005. (OPS, 2010).

El consumo de drogas en estudiantes implica complicaciones a corto y largo plazo, algunas consecuencias irreversibles como el suicidio (Harris EC 1997); el fracaso académico (Campo-Arias A 2005) y la irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras (Castillo M 2003).

Fortalecer la capacidad de respuesta a los problemas de salud pública y proporcionar el apoyo técnico requerido relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, son tareas importantes que deben llevar los gobiernos, ya que si no se da la prioridad adecuada a las medidas de salud pública y se adoptan medidas urgentes, la mortalidad, enfermedades y discapacidad relacionadas con las drogas, y el impacto negativo en el bienestar seguirán siendo un importante problema mundial de salud pública (OMS 2016).

2.2. Prevalencias Internacionales de consumo de drogas

2.2.1. Consumo de alcohol a nivel internacional

El informe sobre la Situación Mundial del consumo de Alcohol y Salud 2014 de la OMS refiere que las prevalencias más altas de la población entre 15 y 19 años para consumo en el último mes las registraron: América con una prevalencia de 52.7%, Europa con 69.5% y el pacífico Occidental con un 37.5%, presentando porcentajes por arriba del promedio mundial que es de 34.1%. Según el mismo informe en 2012, el 5.9% del total de muertes a nivel mundial (3.3 millones) se debieron a consumo de esta sustancia.

A nivel interamericano, el consumo de alcohol varía de un país a otro, de tal manera y como ejemplo de algunos países, se encuentra que el consumo de alcohol alguna vez en la vida en población general, va desde menos de 40% en Costa Rica hasta más de un 90% en Uruguay; la prevalencia de consumo para el último año se encuentra entre el 50% y 60% en Perú, Venezuela, Barbados, Chile, República Dominicana, Colombia y Bolivia, mientras que un país como Brasil y Suriname es menor al 50% (OMS 2019).

Las prevalencias más altas en el último año se presentaron en Canadá, Uruguay y Estados Unidos (79.8%, 74% y 66.3%, respectivamente); mientras que la más baja fue en El Salvador con un 18%; en Estados Unidos, Argentina, Chile y Uruguay se ha mantenido estable, mientras que en Perú y Chile ha disminuido considerablemente con respecto a años anteriores (OMS 2019).

La Encuesta Nacional de Salud y Consumo de Drogas 2015 (INDUH, por sus siglas en inglés) aplicada en Estados Unidos de América mediante entrevista a personas mayores de 12 años de edad, identificó que el 81% de ellas ha consumido alcohol alguna vez en la vida y el 65.7% lo hizo en el último año. Por su parte para la población específica de entre 12 y 17 años, el consumo fue de 28.4% alguna vez en su vida y 22.7% en el último año.

2.2.2. Consumo de tabaco a nivel internacional

El Observatorio Interamericano de Drogas de la OEA (OID, 2015) da cuenta de que el consumo de tabaco es muy variado en el continente, desde una prevalencia de 1.8% en Antigua y Barbuda hasta un 24% en Chile. En cuanto a la distribución por zonas se puede saber que Sudamérica tiene la mayor prevalencia con 13.5%, y la más baja es en la región del caribe con 5.1%.

En el mismo informe para Sudamérica se menciona que la tendencia de consumo de tabaco está disminuyendo, aunque a distintos niveles en cada país, por ejemplo la caída en el consumo más marcada es de 30.2% en 2003 a 9.2% en 2014, seguido por Chile de 40% en 2001 a 26.7% en 2013 y Argentina de 24.8% en 2001 a 18.7% en 2011 (OEA 2015).

En la Encuesta Nacional de Salud y Consumo de Drogas en 2015 (NSDUH por sus siglas en inglés) aplicada en hogares de EUA mediante entrevista a personas mayores de 12 años de edad, se identificó que el consumo de tabaco en último mes entre los jóvenes de 12 a 17 años se redujo de 15.2% en 2002 a 7.8% en 2013.

En España la Encuesta Estatal sobre sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012/2013) encontró que el consumo de tabaco en el último año fue de 35.3%, también se encuentra que el inicio de consumo es alrededor de los 13 años, pero es a los 18 años cuando existe mayor consumo de estudiantes con un 48.6%.

Los datos que se encuentran en las encuestas dan cuenta de un creciente consumo de drogas entre los adolescentes, trayendo en muchos de los casos fatales conclusiones, como se vio anteriormente. Dejando vulnerable a la población joven ante tal problemática y también a sus familias, que afectadas por la problemática optan por medidas desesperadas, como el internamiento o correrlos de la casa, entre otros.

2.2.3. Consumo de drogas ilegales a nivel internacional

Según el Informe Mundial sobre Drogas 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, (UNODC por sus siglas en inglés) estima que alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 65 años de edad han utilizado alguna droga ilícita al menos una vez en el año 2015 y que cerca de 29.5 millones de estos consumidores padece algún trastorno por causa del uso de drogas, por ejemplo el contagio por jeringas de VIH o hepatitis C, así como trastornos mentales como estrés postraumático o secuelas de una sobredosis.

En cuanto a la marihuana se observó un aumento de consumo desde el 2009, en Estados Unidos el consumo de drogas en personas desde 12 años alcanzó el nivel más alto en los últimos 10 años, pasando del 14.9% en 2011 a 16% en 2012, tal aumento se debe principalmente al consumo de marihuana entre los más jóvenes. El consumo de cocaína se mantuvo estable entre la comunidad más joven, sin embargo mostró aumento en la población adulta.

El observatorio Internacional de Drogas (2015) indica que el consumo de marihuana es el más frecuente en población adolescente y adulta-joven y las tendencias indican que en Estados Unidos el consumo de marihuana se ha mantenido estable hasta el 2009, presentando un leve aumento después, a diferencia de los países de América del Sur, en donde se observa un aumento en su consumo. Sin embargo estas tendencias podrían estar influidas por cuestiones del manejo legal que en algunos países se ha dado, lo cual queda como una interrogante.

En cuanto al consumo de inhalables en el último año las prevalencias más altas fueron en Estados Unidos, Belice, Brasil, Suriname, Bolivia y Barbados. En el continente son muy variables las prevalencias para el consumo de inhalables en el último año, ya que van del 1 a 11%. El consumo de cocaína en el último año para el continente es de 1.8%, de este porcentaje el consumo fue mayor de 2.5% en Chile, Argentina y Colombia, seguidos de Canadá, Granada, Uruguay y Brasil con una prevalencia mayor a 2%.

Los datos de la NSDUH en 2015 identificaron que 27.1 millones de personas, en Estados Unidos había consumido alguna droga ilícita al menos una vez en el último mes y que entre los jóvenes de 12 a 17 años de este mismo país el consumo actual de drogas era de 8.8%.

En el Informe Mundial de Drogas 2018 que presenta la OMS se reporta que el número de personas en todo el mundo que ha consumido drogas al menos una vez en el año se mantuvo estable en 2016 con respecto a años anteriores, con un registro de alrededor de 275 millones de consumidores, esto representa aproximadamente el 5,6% de la población mundial entre los 15 y 64. En cuanto a las vulnerabilidades en diversos grupos de edad, el informe señala que los daños asociados al consumo de drogas son mayores en los jóvenes, en comparación con las personas adultas años (OMS 2018).

Las investigaciones de la OMS (2019) sugieren que el periodo de la adolescencia temprana (12-14 años) y la tardía (15-17 años) es de alto riesgo para el inicio del consumo de drogas, el cual puede alcanzar su pico más alto en la juventud (18-25 años), y si bien se es consciente de estos datos, en realidad pacería que a nivel político, social y escolar estas

vulnerabilidades de la adolescencia parecen más bien evitadas e ignoradas, pensando que el adolescente no es capaz de comprender la vida y la realidad.

Los jóvenes requieren de un entorno sano para poder desarrollar su creatividad y sus habilidades para la vida, sin embargo parece que las drogas se encuentran en todos lados, al asecho del que tenga la leve intención de probar “al alcance de la mano”. Por tal motivo es necesario implementar medidas de contención a esta problemática creciente que agobia si darse cuenta a los adolescentes.

2.3. Prevalencias de consumo de drogas a nivel nacional

2.3.1. Consumo de alcohol a nivel nacional

México cuenta con un Observatorio Nacional de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (OMEXTAD) que mantiene al tanto de las prevalencias a nivel nacional mostradas en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), para población en general, la cual mostró un aumento significativo entre los años 2002 y 2011 en las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida (64.9% a 71.3%), en el último año (46.3% a 51.4%) y en el último mes (19.2% a 31.6%), siendo esta última la que presentó el mayor crecimiento.

Según la ENA, en población adolescente la prevalencia de los que alguna vez consumieron alcohol pasó de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011, mientras que en la prevalencia de los que consumieron en el último año se incrementó de 25.7% a 30.0% y en el último mes prácticamente se duplicó de 7.1% a 14.5% en los mismos años. El abuso de alcohol en esta población fue de 14.5% promedio.

A su vez, el índice de personas de esta edad que presentaron dependencia al alcohol, incrementó significativamente con respecto a la medición de 2002, pasando de 2.1% a 4.1% en 2011 y con respecto a la edad de inicio del consumo de alcohol, en el estudio de 2008, el 49.1% de las personas mencionó haberlo consumido por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%.

Al ser el consumo de alcohol el de mayor problemática en nuestro país se le dará un espacio más amplio para conocer el impacto desde diferentes organismos encargados del monitoreo del consumo y problemáticas adyacente de esta droga, los cuales se presentan a continuación:

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE 2014)

Estudios previos al año 2010, llevados a cabo en Campeche (2005), Nuevo León (2006), Colima (2006) y Estado de México (2009), encontraron prevalencias de consumo de alcohol alguna vez entre 43.9% (Nuevo León) hasta 70.8% (Estado de México).

En cuanto a la edad de inicio del consumo de alcohol, esta se mantuvo en los 12.5 años en ambos estudios. En el estado de Jalisco se mostró una disminución significativa en el consumo de alcohol de 65.1% en 2009 a 58.1% en 2012.

En 2009 en la Ciudad de México el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 71.4%, y para el año 2012 se encontró una prevalencia de 68.2%. Así mismo, en la medición de 2012 un 40.1% consumió alcohol en el último mes, mientras que el 22.5% de los estudiantes consumió 5 copas o más en una sola ocasión durante el mes previo al estudio, porcentaje similar al reportado en 2009, que fue de 23.3%.

Por su parte, en 2012 en los adolescentes de 14 años o menores el consumo de alcohol alguna vez fue de 53.6%. En cuanto a los estudiantes de secundaria en la Ciudad de Tijuana, el consumo de alcohol fue menor a los de otros estudios realizados en 2012 en diferentes estados del país con población estudiantil, en hombres alcanzó el 24.7% mientras en mujeres fue de 26.7%.

Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales

Durante 2012, en estos centros se registró a 48,378 personas provenientes de 1,658 centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales de las 32 entidades federativas. De esta población, 85.5% fueron hombres y 14.5% mujeres. El 17.0% resultó ser menor de 14 años y un 31.3% indicó tener entre 15 y 19 años. En este reporte, la principal droga de

inicio mencionada fue el alcohol (46.5%), siendo reportado por el 52.6% de las mujeres y el 45.4% de los hombres.

El mayor porcentaje se presentó entre las personas de 35 años de edad o mayores (57.0%), seguidas por el grupo de 30 a 34 años (46.9%). En el grupo de 14 años de edad o menores, un 46.2% mencionó el alcohol como droga de inicio. Un 53.3% de quienes reportaron el alcohol como droga de inicio refirieron ser estudiantes de tiempo completo.

Consejos Tutelares para Menores (2012)

Se obtuvieron un total de 3,698 registros obtenidos de los Consejos Tutelares para Menores (hombres 91.5%, mujeres 8.5%); de estos, un 89.9% perteneció al grupo de 15 a 18 años de edad.

Del total de la población, sólo el 65.9% indicó consumir alguna sustancia legal o ilegal habitualmente; de éstos el 32.2% mencionó al alcohol como droga de inicio, principalmente en el grupo de edad de 15 a 18 años y afectando en mayor medida a las mujeres (39.7%) que a los hombres (31.5%). Entre quienes cometieron algún delito bajo el efecto de alguna droga, el alcohol fue la sustancia más mencionada (43.3%).

Unidades de Especialidades Médicas (2014)

La Secretaría de Salud cuenta con 340 Unidades de Especialidad Médica-Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) distribuidas en las 32 entidades federativas, en los cuales se proporcionan servicios preventivos y de tratamiento a personas con problemas de adicciones.

En 2014 se atendió a un total de 44,126 personas por problemas relacionados con el consumo de drogas, de ellas 16,267 (36.9%) refirieron acudir por problemas con el consumo de alcohol. La mayoría fueron hombres (63.3%), en promedio tenían 25.2 años.

El 46.8% de la población contaba con estudios de secundaria, 34.7% con bachillerato o estudios técnicos, 10.8% con primaria, 6.5% con estudios de superiores o postgrado y 1.2% era analfabeta funcional.

Poco más de la mitad de los consumidores de alcohol estaban estudiando (51.7%), 34.8% se encontraban empleados y 8% no tenía empleo ni estudiaba, 4.9% eran amas de casa y el resto eran jubilados y pensionados. Siete de cada diez consumidores de alcohol se encontraban solteros, dos de cada diez tenían pareja.

Servicios de Urgencias Hospitalarias

Un total de 6,957 personas respondieron la cédula, 56.7% fueron mujeres. El 11.3% reportó ser estudiante de tiempo completo. El 3% de los pacientes que se presentaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga. En el 73.7% de los casos, la sustancia consumida fue el alcohol, seguida por la marihuana con 6.2%.

Centros de Integración Juvenil (CIJ 2013) Se detectaron 562 usuarios exclusivos de alcohol, que solicitaron ayuda por primera vez, en su mayoría contaban con estudios de secundaria (42.3%) y bachillerato (26.9%) y se dedicaban a alguna actividad laboral (39.6%) o a estudiar (38.0%).

Aunque la mayoría de quienes solicitaron tratamiento refirió el haber acudido por iniciativa propia y por recomendación familiar, 1 de cada 5 personas asistió por recomendación escolar.

En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol referidos por los pacientes, la mayoría indicó tener problemas familiares (69.6%), seguidos por quienes indicaron tener problemas de salud y psicológicos (33.8% y 32.4% respectivamente), en tanto que un 24.4% mencionó tener problemas escolares.

En general, quienes solicitaron ayuda en los Centros de Integración Juvenil iniciaron el consumo de alcohol entre las edades de 10 y 19 años. Un 95.7% reportó haber consumido bebidas alcohólicas durante el último año y el 70.6% durante el último mes.

Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID 2014)

En esta evaluación se captaron 847 casos de usuarios de drogas. De 847 casos, el 85.0% indicó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que en el último año un 79.9% lo consumió y en el último mes un 76.4%.

Por edad, el 40.8% de los consumidores de alcohol alguna vez en la vida indicaron tener entre 15 y 19 años, rango de edad en el que también se estableció la principal edad de inicio con un 48.4%, seguida del grupo de edad entre los 12 y 14 años con un 38.2%.

2.3.2. Consumo de tabaco a nivel nacional

En 2011 la Encuesta Nacional de Adicciones registró un 21.7% de fumadores activos (17.3 millones) los cuales fuman regularmente. El 8.9% de la población de entre 12 y 65 años reportó ser fumador diario (7.1 millones). En los adultos, la edad de inicio promedio del consumo diario de tabaco se encontró en 20.6 años, en los hombres fue de 20.1 años, mientras que en las mujeres fue de 21.9 años.

En adolescentes de 12 a 17 años, la encuesta encontró una prevalencia de fumadores en el último año de 12.3% (ENA 2011). Este porcentaje se constituyó en su mayoría por fumadores ocasionales (10.4%), aquellos que han fumado en el último año, pero que no fuman diario y 2% de fumadores diarios. Con relación al 2002, en la población total el consumo en el último año pasó de 9.0% a 12.3%, solo en el caso de las mujeres el aumento fue estadísticamente significativo (de 3.7% a 8.1%).

La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (Reynales-Shigematsu, Rodríguez-Bolaños, Ortega-Ceballos, Flores, Lazcano-Ponce, Hernández-Ávila, 2011), aplicada en escuelas secundarias a jóvenes entre 13 y 15 años reportó que el 42.8% de los estudiantes a nivel nacional utilizó el cigarro alguna vez en su vida; de los fumadores, 67.5% lo hizo entre los 11 y los 13 años de edad, mientras que el 16% lo hizo antes de los 10 años.

El 14.6% resultaron fumadores actuales, es decir, fumaron al menos un día en los 30 días previos al estudio. A su vez, el 3.7% de los fumadores refirió hacerlo durante los

primeros 30 minutos después de levantarse. En cuanto a los no fumadores, un 27.5% refirió que aceptaría un cigarro si se lo ofreciera su mejor amigo o que piensa que es posible que fume en los próximos 12 meses.

Los datos recabados con la última encuesta realizada en 2011, mostraron que en la población con edades entre los 12 y 17 años la prevalencia de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida aumentó significativamente, pasando de 1.3% a 2.9% entre los años 2002 y 2011. En este grupo de edad la marihuana fue la droga más consumida (2.4%), seguida de los inhalables y la cocaína (0.9% y 0.7% respectivamente).

Con respecto al consumo de drogas ilegales en el último año, la encuesta del 2011 encontró un porcentaje similar al de 2008 (1.5%) con prevalencias bajas de consumo en lo general. De la misma manera, la marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo (1.3%) en el último año, seguida por la cocaína y los inhalables con porcentajes similares (0.4% y 0.3% respectivamente). Esta situación prevaleció tanto en hombres como en mujeres y en la población urbana.

Al analizar los datos por regiones, en la región Norte del país (Coahuila, Chihuahua, Durango, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) se presentaron las prevalencias más altas (drogas ilegales 2.6%), especialmente en comparación con la región Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco), en donde el consumo de drogas ilegales fue de sólo 0.9%. En la región Norcentral (Coahuila, Chihuahua y Durango), se presentó un decremento en el consumo de marihuana de 1.7% a 0.8%, mientras que en el resto de las regiones el consumo de esta sustancia se mantuvo estable. En lo que respecta al consumo de estimulantes tipo anfetamínico, en la población adolescente de la región Nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) se detectó una importante prevalencia de 0.9%, mientras que en 2008 el consumo fue mínimo.

2.3.3. Consumo de drogas ilegales a nivel nacional

La ENCODE (2014) revela que la prevalencia alguna vez de consumo de cualquier droga en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 18.6% para los hombres y de 15.9% para las mujeres, de manera que la prevalencia total de consumo es de 17.2%. En tanto, el consumo en el último mes es de 7.6% para los hombres y de 5.8% para las mujeres. En particular, en los hombres la prevalencia total cambia del 12.8% en secundaria al 28.4% en el bachillerato. Para las mujeres, el cambio es del 12.1% al 21.9%.

Para el consumo de drogas ilegales, en los hombres la prevalencia total es de 16.6% y en las mujeres es de 12.5%; mientras que la prevalencia del último mes es de 6.7% y 4.5% respectivamente. La prevalencia de secundaria (10.9%) a bachillerato (26.2%), crece 2.5 veces, lo cual es similar en la prevalencia del último mes donde el cambio es de 4.8% a 10%. En las mujeres, la prevalencia pasa de 9.3% a 17.7% (Gráfica 3), aunque en el último mes, el crecimiento es menor (de 3.7% a 5.6%).

2.3.4. Prevalencia de consumo de drogas a nivel Regional

A nivel regional se cuentan con pocos datos al respecto del consumo de alcohol, tabaco y drogas, a pesar de que se llevan a cabo encuestas nacionales, al ser una región de un consumo promedio no se tiene en la mira para la realización de más estudios, sin embargo se cuentan con datos de la ENCODE (2014), con una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 41.1% en total, de nivel secundaria. En nivel primaria Querétaro (ENCODE 2014) la prevalencia de consumo de alcohol se encuentra con un 24.4%.

Un elemento relevante asociado al consumo, es la baja percepción de riesgo que la población tiene del consumo de alcohol y la alta tolerancia social que hay en el entorno del sujeto. De manera que más de un 60% de la población percibe riesgoso el consumo frecuente de alcohol (3 de cada 5 personas), y arriba del 15% de la familia, los maestros y los amigos no ven mal el consumo de alcohol (Pons y Berjano, 1999).

En cuanto al consumo de tabaco, Querétaro muestra una prevalencia mayor al promedio nacional en la población de primaria con un 11.1%, siendo de 6.5% el valor general del país y bachillerato con un 35.4%, seguido por Tlaxcala con un 34.8%, siendo los estados con mayor consumo a nivel nacional de esta población. Igualmente para la población de niños de primaria el consumo en el último mes Querétaro muestra una prevalencia mayor a la nacional (2.5%) con un 4.9%, seguido de Quintana Roo con un 5.4% (ENCODE 2014).

Los estados de Querétaro, Tlaxcala, Quintana Roo y las ciudades de Apatzingán, Acapulco y Ciudad del Carmen tienen consumos superiores a los nacionales en los indicadores de consumo actual, consumo diario y de 100 o más cigarros en la vida. Al considerar las prevalencias de consumo de tabaco entre las comunidades urbanas y las rurales de los estados anteriormente mencionados, los porcentajes en los distintos indicadores de consumo son similares entre ambas (ENCODE 2014).

2.4. San Juan del Río y el consumo de drogas

Históricamente San Juan del Río ha representado un punto clave para el comercio y la agricultura; cuenta con antiguas haciendas que se han convertido en lujosos hoteles y en 2010 el centro histórico de San Juan del Río fue declarado patrimonio de la Humanidad de la Organización De las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO 2010 por sus siglas en inglés).

San Juan del Río forma parte del conjunto Camino Real de Tierra Adentro, también conocido como el Camino de Santa Fe, que es una ruta comercial de 2,560 kilómetros de longitud que iba desde la Ciudad de México hasta la ciudad de Santa Fe, Nuevo México, EU, que estuvo activo desde el siglo XVI hasta el siglo XIX por él se transportaba plata y diferentes productos de la minería, por lo tanto además de ser un camino para transportar se convirtió en un camino lleno de comercio para atender a los viajeros transportistas (UNESCO 2010).

2.4.1. Datos sobre la población en San Juan del Río

Según datos de INEGI (2015) en el Estado de Querétaro existen 2,038,372 habitantes, de los cuales 268,408 se encuentran en el Municipio de San Juan del Río, siendo el segundo municipio más poblado del estado, solo después de la capital del estado. El Consejo Estatal de la Población (COESPO 2017) en Querétaro dice que el municipio de San Juan del Río tiene una tasa de crecimiento del 2.2%, mientras en el estado se muestra un crecimiento general en un 2.4% anual.

En cuanto al porcentaje de viviendas en donde el jefe del hogar es hombre es de 77.2%, mientras que el porcentaje de viviendas en donde la jefa es mujer es de 22.8%.

El número de viviendas habitadas es de 61,731, teniendo así un número medio de 3.915 habitantes por vivienda (COESPO 2010). La tasa de crecimiento anual del municipio en el periodo 2005-2010 fue del 3.23 %, mientras que la tasa de la ciudad fue del 3.01 % (entre el 2000 y 2005 fue de 3.5 %). Por ello, San Juan del Río es una de las localidades con mayor tasa de crecimiento, y de hecho, una de las más altas de todo el país, después de ciudades como Tijuana, Reynosa, Cancún y Playa del Carmen.

En consideración a los cambios constantes y el crecimiento poblacional desmesurado en un lugar como San Juan del Río, que debido al rápido crecimiento residencial, no se observa preparado en cuanto a infraestructura, vías de tránsito, servicios públicos entre otros; entonces hablamos de cierta vulnerabilidad social, en donde la atención a las problemáticas sociales y de salud son muchas y los recursos no son suficientes.

Como muestra de vulnerabilidad de la población es la necesidad de trasladarse a la cabecera municipal para poder tener una consulta especializada en salud mental. Ejemplo también se encuentra en que en un estudio realizado para conocer el acceso real que pueden tener los adolescentes a servicios de salud (Garbus, P 2016), mostro datos de ser no suficiente e incluso en muchos de los casos el acceso fue negado debido a no contar con la mayoría de edad.

Se deja entonces a la deriva al adolescente que busca ayuda, sin contar siquiera al que no la busca. Los servicios de salud saturados, la no accesibilidad y los programas tradicionales de prevención basados en la cultura que más que acompañar en la toma de decisiones, prohíbe, no dan entonces buenas expectativas del futuro de la salud mental en los adolescentes sanjuaneases.

2.4.2. Consumo de Alcohol, tabaco y drogas en San Juan del Río

Existe un estudio reciente (Meza-de-Luna 2018) que habla sobre el uso de alcohol en estudiantes de bachillerato de San Juan del Río, Qro. en el cual se muestra una prevalencia en las modalidades de consumo en algún momento de su vida de un 85.3%, y para el utilización en el último año se encontró una prevalencia de 82.3% y en el último mes de 38.3% de los adolescentes.

En el último año el 64.1% de los adolescentes han tenido un consumo de alcohol de seis copas o más y el 20.7% está en una situación de riesgo. El promedio de edad de primer consumo fue de 13.03 años.

En cuanto a las consecuencias por el consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de San Juan del Río, Qro. se encontró que el 22.2% en el último mes se había subido a un vehículo automotor que era conducido por alguien alcoholizado, y el 12.5% han tenido algún accidente vehicular donde participó alguna persona alcoholizada. Los estragos sociales relacionados con el consumo que se encontraron fueron que el 15% de los adolescentes sostienen peleas con su madre después de alcoholizarse, seguido por el 13.1% los que tienen problemas con su novio(a) y el 12.4% con su padre (Meza-de-Luna 2018).

No existen estudios sobre de las prevalencias de consumo de tabaco, así como de drogas ilegales, los datos con que se cuentan provienen de las instituciones locales encargadas de la atención de las problemáticas de consumo de estas drogas como lo son el Consejo Municipal Contra las Adicciones (COMCA) y a nivel estatal se cuenta con el Consejo contra las adicciones (CONADIC). Sin embargo al ser instancias encargadas de dar

respuesta ante la problemática del consumo y abuso de drogas, no siempre cuentan con los recursos necesarios para realizar investigación científica.

De los noticieros y conferencias a nivel municipal se sabe que el consumo de drogas genera problemáticas relacionadas con la salud y con la seguridad, y que es una problemática difícil de trabajar debido a su naturaleza controvertida del saber que existe pero no dar certeza del manejo y distribución de la misma; siendo esto ya un tema delicado pues inmiscuye a la delincuencia organizada.

2.5. Los adolescentes y sus problemáticas en salud mental

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que socialmente se fue construyendo en base a la necesidad de nombrar un momento de la vida de una persona en el cual se deja de ser un niño, pero a la vez no se es un adulto, básicamente esta transición lleva regularmente al ser humano que la está viviendo a un estado de estrés, en la que intervienen factores propios de cada cultura, el nivel socioeconómico, la edad y el género.

2.5.1. Etapa de Adolescencia

La adolescencia como periodo de transición entre la niñez y la adultez, demanda determinada reorganización social como resultado de nuevas interacciones sociales, en busca del establecimiento de una identidad psicosexual madura y funcional. En esta búsqueda, el motor es la exploración del ámbito extra familiar, donde se le da más importancia al grupo social de amigos. Este inter juego de relaciones genera encuentros potencialmente estresantes que matizan el significado de la nueva reorganización psicosocial del adolescente (Donas 1999).

Los problemas en la adolescencia como la violencia, los accidentes, las dificultades interpersonales y la deserción escolar se relacionan con el inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco, además de que el patrón de uso de drogas es heterogéneo y oscila desde la experimentación hasta la dependencia. En este sentido, los adolescentes que presentan mayor probabilidad de uso de drogas como el alcohol y tabaco son los que están expuestos a

diferentes factores de riesgo personales, del contexto en el que éstos se desarrollan y de las cogniciones relacionadas con la conducta de promoción de la salud (Álvarez-Aguirre 2014).

Como se documenta en la literatura, los adolescentes son particularmente vulnerables a sufrir daños en su desarrollo e integridad física cuando consumen drogas como el alcohol y tabaco. Por ese motivo, se hace necesario identificar en este grupo los factores personales y las cogniciones relacionadas con la conducta de promoción de la salud y de la prevención del consumo de alcohol y tabaco, factores que pueden proteger al adolescente del inicio de consumo, uso y abuso de drogas (Álvarez-Aguirre 2014).

2.5.2. Adolescencia y salud mental

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2014), a nivel mundial la mitad de los trastornos mentales en la edad adulta comenzaron a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectaron ni son tratados. La prevalencia de enfermedades mentales en niños y adolescentes de América Latina y el Caribe es de 20%, pero pocos tienen acceso a servicios de salud, y aunque la falta de servicios especializados es un fenómeno mundial, en Latinoamérica se muestra una proporción de niños y adolescentes del 26% que no reciben ningún tipo de atención en los servicios de salud mental.

En México el 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, estando el consumo de drogas entre los principales (Benjet, 2009). Estas cifras resultan preocupantes si se considera que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida, como lo refiere la Encuesta Nacional de Psiquiatría (Medina-Mora et al., 2003).

Según los datos de la OMS (2013) informan que en los países de ingresos económicos bajos y medios, entre un 76% y 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%, además da a conocer que existe una distribución inequitativa y uso ineficiente de esos recursos, ya que el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos

económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, a pesar de que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos.

2.5.3. Adolescencia y consumo de drogas

Las expectativas que se le atribuyen al consumo de alcohol, tabaco y marihuana contribuyen en gran medida a que actualmente el abuso de estas drogas se haya convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Tales expectativas tienen que ver tanto con sus efectos físicos (de activación y de sedación) como el significado social de aceptación que se le atribuye, por lo tanto se vuelve una motivación para el comienzo y seguimiento del consumo (Pons 2011).

El consumo de drogas en los adolescentes se ha relacionado en una gran variedad de estudios con factores de riesgo que generan no solo problemáticas actuales sino también futuras. Al encontrarse en proceso de maduración, y aún sin llevar un consumo excesivo, el desarrollo cognitivo de un adolescente puede verse perjudicado por esa conducta (Chambers, Taylor y Potenza, 2003), además de que se sabe que el consumo de drogas en adolescentes está relacionado con las conductas agresivas (Winters, 2004), las cuales amenazan la seguridad no solo de los jóvenes que se comporten de esa manera, sino a quien los rodea.

2.6. Factores asociados al consumo de drogas

El consumo de drogas tiene una arraigada asociación a la convivencia y aceptación del grupo en el que se desea ser aceptado, no es entonces una patología o una conducta individual y aislada, sino se trata más bien de una conducta social de referencia colectiva (Hansen y O'Malley, 1996), en donde el adolescente valora el mundo, pero también se evalúa a sí mismo, y si el resultado es una autoestima baja y un auto concepto pobre entonces se relaciona con el consumo de drogas. Sin embargo existen autores que hacen una diferencia entre la autoestima en el contexto de relación con sus iguales y la de contexto familiar, encontrando que una alta autoestima con sus iguales predice la experimentación con drogas, y un abuso del alcohol (Karatzias, Power y Swanson 2001).

Desde hace más de cincuenta años se han estudiado las conductas de riesgo presentes en la adolescencia, y cómo es que estos factores ponen en peligro su sano desarrollo. El consumo de alcohol, tabaco y drogas, representa uno de los más peligrosos para la salud mental y física del adolescente (Donas 1999).

Parte del trabajo en esta tesis es estudiar relaciones entre los factores que la literatura más asociada con el consumo de drogas, los cuales tienen que ver con sus procesos internos, los cuales llamaremos psicológicos, así como los que tienen más que ver con la interacción social; esto se ha buscado hacer en diversos estudios dado el gran riesgo que implica el consumo de riesgo de drogas en los adolescentes y sus consecuencias, como lo son los accidentes bajo el influjo de alguna droga, los cuales son la primera causa de muerte adolescente (OMS 2016).

El consumo de drogas está considerado como un factor de riesgo, el cual conduce a un daño inmediato si se consume en altas cantidades, pues puede causar la muerte por una sobredosis o tener algún accidente bajo el influjo de drogas. Así como también se asocia a otros factores de riesgo amplio como lo son (Donas, 1999):

- Tener una familia con pobres vínculos entre sus miembros
- Padecer violencia intrafamiliar
- Tener una baja autoestima
- Pertenecer a un grupo con conductas de riesgo
- Deserción escolar
- Tener un proyecto de vida débil
- Manejarse mediante un locus de control externo
- Un bajo nivel de resiliencia

Al conocer datos previos de contenido científico se puede encontrar evidencia de la asociación del consumo de alcohol y drogas con el suicidio consumado (Nock 2008), también con la baja autoestima (Musitu 2003), con la influencia social (Rodríguez 2012), así como el sentirse poco valorados por sus padres (Pinazo, Pons y Carreras, 2002), ser muy impulsivo,

sentirse solo (Salvo 2012), además de presentar sintomatología depresiva (González-González, Juárez, Solís, González-Forteza, Jiménez, Medina-Mora, Fernández-Varela 2012), y algunos factores socioculturales como el no vivir con sus padres o la zona en donde habitan (Hidalgo, 2007), entre otros.

Por tanto en este trabajo se tomarán en cuenta los siguientes factores asociados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, según estudios anteriores y los cuales se relacionarán con los resultados obtenidos del instrumento.

2.6.1. Factores psicológicos

Los factores psicológicos que se tomaron en cuenta para esta investigación dado la importancia que cada uno de ellos tiene con respecto al comportamiento del consumo de drogas son los siguientes:

- Autoestima, es definida como los pensamientos y sentimientos de una persona en referencia a la valoración de sí mismo (Rosenberg, 1965).
- Impulsividad se define como la presencia de conductas arriesgadas que ponen en peligro el bienestar propio y/o de las(os) demás llevadas a cabo por la o el adolescente, sin tomar en cuenta las consecuencias de sus actos (Climent, Aragón y Plutchick 1989). Es un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por una toma inmediata de decisiones que no toman en cuenta el alcance de sus resultados (Celma, 2015)
- Locus de control se define como la creencia que una persona tiene respecto de quién o qué factores controlan su vida (La Rosa, 1988), existen tres tipos de locus, el de suerte, interno o afectivo.
- Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares o sociales son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (González-Forteza., 1996).

- Intento suicida se define como la conducta autodestructiva que se realiza con el deseo explícito de quitarse la vida, de manera consciente e intencional (Durkheim, 1974).
- Ideación suicida como las manifestaciones cognoscitivas en torno a la propia muerte (Maris, 2002)
- Depresión se refiere a un trastorno mental frecuente y caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS 2019).

Los factores anteriores se relacionaron con la conducta en cuanto al consumo de drogas, para saber si existía una correlación significativa, además de que se pudieron encontrar que algunos de ellos podrían ser factores protectores y algunos otros factores no protectores.

2.6.2. Factores psicosociales

Para esta investigación dentro de los factores psicosociales se tomaron en cuenta los que no se expliquen desde los psicológico y personal, sino más bien tengan que ver con las relaciones interpersonales y las condiciones y forma de vida.

- Datos sociodemográficos entendido como las características sociales de la población que se está estudiando, en nuestro caso se preguntó sexo, edad, con quien se vive, cuantos hermanos tiene, entre otros.
- Suficiencia económica se define como la capacidad económica para que se puedan cubrir las necesidades básicas y no básicas. Dentro de este factor se preguntó quién aporta dinero para el hogar y si existen discusiones por falta de dinero (González-Forteza, 2003).
- Relación con padre y madre lo cual se trata del conjunto de expresiones afectivas y comportamientos que el adolescente percibe de las expresiones afectivas y comportamientos de su madre y padre hacia él (Dishion & MacMahon, 1998).

- Recursos de apoyo son las personas que el estudiante percibe como apoyo cuando se le presentan problemas en su entorno psicosocial cercano: familia, amigas(os), escuela, y de los cuales recibe consejo o consuelo (Barrón & Chacón, 1990).
- Estrés cotidiano social se refiere a la presencia, en el contexto social, de situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío (Calleja, 2011). El estrés cotidiano es relevante porque se refiere a la relación entre el individuo y su entorno, que rebasa los recursos psicosociales personales (González-Forteza & Agrade, 1994).

Dirección General de Bibliotecas UAO

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Medir la prevalencia de consumo alguna vez en la vida y en el último mes de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack o piedra y tachas en estudiantes de secundaria en San Juan del Río, Qro., del ciclo escolar 2018-2019 y su relación con factores psicológicos y psicosociales.

Objetivos específicos

1. Medir la prevalencia de consumo alguna vez en la vida de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack o piedra y tachas.
2. Medir la prevalencia de consumo en el último mes de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack o piedra y tachas.
3. Analizar la relación existente entre consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack o piedra y tachas con aspectos psicológicos: autoestima, impulsividad, locus de control, sintomatología depresiva, ideación e intento suicida y respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares.
4. Analizar la relación existente entre consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack o piedra y tachas con aspectos psicosociales: relación con padre y madre, recursos de apoyo y estrés cotidiano social.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación de la Doctora Pamela Garbus llamado “Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río y Cadereyta de Montes” con registro FPS-2018-08 FOFI-UAQ/2018.

Esta tesis junto con otras dos, se desarrollan dentro de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de nombres “Prevalencia de sintomatología depresiva y su relación con factores psicológicos y psicosociales en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río” de la Lic. Ana Lucero Rangel Amado y “Prevalencia de ideación e intento suicida adolescente y su relación con factores psicológicos y psicosociales” de la Lic. Karla Sugey González Zamora, tales trabajos se desarrollaron con un trabajo de campo conjunto, por lo cual comparten la siguiente metodología, instrumento y lineamientos éticos, siendo el resultado de estos tres estudios la primera etapa de la investigación señalada al principio.

4.1. Tipo de investigación

Este trabajo se trata de un estudio epidemiológico, de corte transversal, cuyo diseño y alcance es exploratorio, descriptivo y relacional. Para la recolección de datos se administró un cuestionario autoaplicable y anónimo, a una muestra representativa de adolescentes que se encuentran cursando el nivel secundaria en San Juan del Río, Qro.

4.2. Población y muestra

La población de esta investigación se compuso de 13,371 adolescentes que se encuentran cursando el nivel medio en secundarias públicas de San Juan del Río, Qro.

Para llevar a cabo este estudio se contó con el apoyo de la Unidad de Servicios Para la Educación Básica en el Estado de Querétaro (USEBEQ, Anexo 4) la cual proporcionó los datos para llevar a cabo el muestreo, y los permisos para ingresar a las escuelas con el fin de cumplir con los objetivos de este estudio.

La muestra probabilística que se calculó tuvo que se estratificada para garantizar que cada sector poblacional quedase representado. Para ello se tomaron las categorizaciones con las que USEBEQ tiene distribuida a su población estudiantil en el municipio de San Juan del Río, tales estratos son: tipo de escuela (Telesecundaria, Técnica y General) y nivel de marginación (muy bajo, bajo, medio y alto).

El tamaño de la muestra fue de 992 estudiantes. Se calculó con un margen de error de 3% y una confiabilidad del 95% a través del programa STATA, estuvo conformada por adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años pertenecientes a escuelas secundarias generales, técnicas y telesecundarias de diferentes comunidades de San Juan del Río, Querétaro y cuyo nivel de marginación comprendía bajo, medio, alto y muy alto, según la clasificación que nos proporcionó USEBEQ.

4.3. Instrumento utilizado

Se utilizó el instrumento “Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida” (CIP-DERS) construido por González-Forteza, *et al.* (2003), el cual está validado y estandarizado para la población mexicana y se compone de las siguientes escalas.

- Cédula de Consumo de Drogas que indaga:
 - La frecuencia de consumo,
 - El consumo “alguna vez en la vida”
 - El consumo “en el último mes”.
 - Edad de primer consumo.
- Escala Relación con Madre (Climent, Aragón & Plutchick, 1989).
- Escala Relación con Padre (Climent, Aragón & Plutchick, 1989).
- Cédula de Indicadores Parasuicidas (González-Forteza et al., 1998).
- El CES-D-R Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión revisada (González-Forteza, Wagner, et al., 2008).
- Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980).
- Reactivo CES-D (Radloff, 1977).
- Escala de Impulsividad (Climent, Aragón & Plutchick, 1989).
- Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).
- Locus de control atribuido a la Suerte (González-Forteza et al., 1997).
- Locus de control atribuido a la Afectividad (González-Forteza et al., 1997).
- Locus de control atribuido a la Internalidad (González-Forteza et al., 1997).
- Escala de Respuestas de enfrentamiento ante estresores familiares.
- Escala de Estrés Cotidiano Social González-Forteza (1992) (1996).

El instrumento se compone en la mayoría de los casos de escalas tipo Likert, y la interpretación de los datos obtenidos se realizó a través de un análisis estadístico inferencial de comparación y de relación y regresión logística binaria en el programa estadístico SPSS.

A continuación, se presenta la validez de constructo con la que cuenta cada una de las escalas (Tabla 2), la cédula de consumo de drogas no cuenta por si misma con una validación ya que esta se trata de un conjunto de preguntas extraídas de varias encuestas validadas a nivel nacional.

Tabla 1. Escalas contenidas en CIP-DERS

Escala	Validez
Relación con mamá y Relación con Papá	.88
Cedula de Indicadores Parasuicidas	.78.
Escala de Depresión CES-D-R	.84 a .90
Escala de Ideación Suicida	.78
Cédula de Recursos de Apoyo	.87*
Escala de Impulsividad	.70
Escala de Autoestima	.68 y .75
Locus de control	.75
Respuestas de enfrentamiento ante estresores familiares.	.67
Escala de Estrés Cotidiano Social	.87

Adaptado de (González-Forteza, 2003

*Obtenido a partir del análisis de fiabilidad aplicado en con la muestra utilizada en esta tesis.

La Real Academia Española (RAE) define que una droga es una “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”, mientras que la OMS (1982) define a una droga como cualquier sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar una o varias funciones físicas o químicas de este y que es susceptible de crear dependencia. Aunque en la actualidad este concepto. En este estudio se indagan las siguientes drogas:

- Alcohol: En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas.

El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (véase alcohol, no apto para el consumo).

El alcohol absoluto (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. En las estadísticas sobre la producción o el consumo de alcohol, el alcohol absoluto indica el contenido de alcohol (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas.

El metanol (CH₃ OH), denominado también alcohol metílico y alcohol de madera, es el alcohol que tiene la fórmula química más sencilla. Se emplea como disolvente industrial y también como adulterante para desnaturalizar el etanol lo que hace que no sea apto para el consumo (bebidas alcohólicas metiladas). El metanol es sumamente tóxico; dependiendo de la cantidad consumida, puede producir visión borrosa, ceguera, coma y la muerte.

Otros alcoholes no aptos para el consumo que se beben en ocasiones y que pueden tener efectos nocivos son el isopropanol (alcohol isopropílico, frecuente en el alcohol sanitario) y el etilenglicol (usado como anticongelante para automóviles).

El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación

alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.

En la CIE-10 (ICD-10), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10) se clasifican dentro de los trastornos por consumo de drogas psicoactivas (F10-F19), (OMS 1994).

- **Tabaco:** Se entiende como el preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América, de la familia de las Solanáceas y entre otros ingredientes tiene como componente activo a la nicotina, cuya acción condiciona el abuso del consumo y es susceptible de producir dependencia (Tapia, Olaiz y Lazcano 1991).
- **Marihuana:** Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), *Cannabis sativa*. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís.

En el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como “los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina”, mientras que la resina de cannabis es “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis”. Las definiciones se basan en los términos indios tradicionales ganja (cannabis) y charas (resina). El otro término indio, bhang, hace referencia a las hojas. El aceite de cannabis (aceite de hachís, cannabis líquido, hachís líquido) es un concentrado de cannabis que se obtiene por extracción, a menudo con un aceite vegetal.

El término marihuana es de origen mexicano. Utilizado en un principio para designar el tabaco barato (a veces mezclado con cannabis), se ha convertido en un vocablo general para referirse a las hojas del cannabis o al propio cannabis en muchos países. El hachís, que antiguamente era un término

general para llamar al cannabis en la cuenca del Mediterráneo oriental, se aplica hoy a la resina del cannabis.

El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. El componente más activo es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado).

La intoxicación por cannabis produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo (es habitual que el sujeto tenga la sensación de que el tiempo se ralentiza) y detección de señales. Otros signos de intoxicación que pueden manifestarse son ansiedad excesiva, desconfianza o ideas paranoides en algunos casos y euforia o apatía en otros, alteración del juicio, hiperemia conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. El cannabis se consume a veces con alcohol, una combinación que tiene efectos psicomotores aditivos.

Se han descrito casos de consumo de cannabis que han precipitado una recidiva de la esquizofrenia. Debido a intoxicación por cannabis, se han comunicado estados agudos de ansiedad y de angustia, así como estados delirantes agudos que suelen remitir en unos días. Los cannabinoides se emplean en ocasiones con fines terapéuticos para el glaucoma y para contrarrestar las náuseas en la quimioterapia oncológica.

Los trastornos por el consumo de cannabinoides se clasifican dentro de los trastornos por consumo de drogas psicoactivas en la CIE-10 (ICD-10) (F12), (OMS 1994).

- **Inhalables:** Sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos, son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico

e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. Algunas sustancias son directamente tóxicas para el hígado, el riñón o el corazón y algunas producen neuropatía periférica o degeneración cerebral progresiva. Los consumidores más frecuentes de estas sustancias son los adolescentes y los niños de la calle. Por lo general, el consumidor empapa un trapo con el inhalante y se lo coloca sobre la boca y la nariz o bien vierte el inhalante en una bolsa de plástico o de papel que después se coloca en la cara (lo que induce anoxia además de intoxicación). Los signos de intoxicación son agresividad, beligerancia, letargo, alteración psicomotriz, euforia, alteración del juicio, mareo, nistagmo, visión borrosa o diplopía, habla farfullante, temblor, marcha inestable, hiperreflexia, debilidad muscular, estupor o coma (OMS 1994).

- **Cocaína:** Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloreto de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, o “coca”, suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo (“polvo blanco”, en inglés: “snuff” o “nieve”), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. El polvo se aspira (“se esnifa”) y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa. Un procedimiento para aumentar la potencia de la cocaína es el “freebasing”, que consiste en extraer la cocaína pura (la base libre) e inhalar los vapores emitidos al calentarla a través de un cigarrillo o una pipa de agua. Se mezcla una solución acuosa de la sal de cocaína con un álcali (como el

bicarbonato) y después se extrae la base libre en un disolvente orgánico como éter o hexano. Este procedimiento es peligroso, ya que la mezcla es explosiva y muy inflamable. Una técnica más sencilla, que evita el empleo de disolventes orgánicos, consiste en calentar la sal de cocaína con bicarbonato; el producto obtenido se denomina “crack” (OMS 1994).

- **Crack o piedra:** es el alcaloide de la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico. Es de color beige. El nombre de “crack” deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse. Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce un “subidón” intenso; se experimenta una sensación inmediata de euforia o la desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima. También se produce una alteración del juicio y, por tanto, el consumidor tiende a emprender actividades irresponsables, ilegales o peligrosas sin pensar en las consecuencias. El habla se acelera y a veces es incoherente y deslavazada. Los efectos placenteros duran sólo 5-7 minutos, tras los cuales el estado de ánimo desciende con rapidez hasta un estado de disforia, y el consumidor se siente obligado a repetir el proceso para recuperar la excitación y la euforia del “subidón”. Parece que las sobredosis son más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína.

La administración repetida de cocaína, conocida en inglés, como un “run” va seguida normalmente de un “bajón”, cuando se interrumpe el consumo. El “bajón” puede considerarse un síndrome de abstinencia durante el cual la euforia es reemplazada por aprensión, depresión profunda, somnolencia y apatía.

Tanto las personas que experimentan con la cocaína por primera vez como los consumidores crónicos pueden sufrir reacciones tóxicas agudas. Consisten en un delirio parecido al pánico, hiperpirexia, hipertensión (a veces con hemorragia subdural o subaracnoidea), arritmias cardíacas, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, estado epiléptico y la muerte. Otras secuelas neuropsiquiátricas son un síndrome psicótico con

delirios paranoides, alucinaciones auditivas y visuales e ideas de referencia. La terminología utilizada para describir las alucinaciones o ilusiones paranoides que recuerdan al centelleo de la luz del sol sobre los cristales de nieve se denomina “luces de nieve”. Se han descrito efectos teratógenos, incluso anomalías del tracto urinario y deformidades de las extremidades. Los trastornos por el consumo de cocaína se clasifican dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en la CIE-10 (ICD 10)(F14). (OMS 1994).

- **Tachas:** Sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos OMS 1994).

La cédula de consumo de drogas indaga:

- La edad de inicio, la cual se entiende como la edad en que por primera vez consumió alguna bebida alcohólica, tabaco o alguna droga.
- Consumo reciente se comprende la última vez que ingirió alguna bebida alcohólica, fumó tabaco o consumió alguna droga en el último mes González-Forteza et al. (2003).

4.4. Operacionalización de variables

Se muestran a continuación las definiciones operacionales de los conceptos investigados en este trabajo, tanto para las características del consumo de drogas (Tabla 3), como para la definición de los factores psicológicos (Tabla 4) y los factores psicosociales (Tabla 5) analizados en esta tesis.

Tabla 2. Descripción operativa de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Escala	Definición operacional
Consumo de alcohol en la vida	Se evalúa con la pregunta: ¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido: a) Una copa completa de cerveza, vino, ‘coolers’, brandy, ron, ‘piña colada’...? y cuyas opciones de respuesta son: 1=1 vez, 2=2-4 veces, 3=5 ó más veces, 4=Nunca.
Edad de inicio	Se evalúa con la respuesta indicada en número de años cumplidos.
Consumo reciente	Se evalúa con la pregunta: En el último mes ¿cuántas veces Te emborrachaste? con opciones de respuesta: 1=Nunca, 2=Pocas veces, 3=Bastantes veces, 4=Casi todos los días.
Consumo de tabaco en la vida	Se evalúa con la pregunta: ¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido?: g) Tabaco, con opciones de respuesta de: 1=1 vez, 2=2-4 veces, 3=5 ó más veces, 4=Nunca.
Edad de inicio	Se evalúa con la respuesta indicada en número de años cumplidos.
Consumo reciente	Se evalúa con la pregunta: <i>En el último mes ¿cuántas veces Te emborrachaste?</i> con opciones de respuesta: 1=Nunca, 2=Pocas veces, 3=Bastantes veces, 4=Casi todos los días.
Consumo de drogas en la vida	Se evalúa con la pregunta: ¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido?: b) Marihuana; c) Inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, ‘monas’; d) Cocaína; e) ‘Crack’ o ‘piedra’; f) ‘Tachas’, con opciones de respuesta para cada inciso de: 1=1 vez, 2=2-4 veces, 3=5 ó más veces, 4=Nunca
Edad de inicio	Se evalúa con la respuesta indicada en cada inciso con el número de años cumplidos.
Consumo reciente	Se evalúa con la pregunta: En el último mes ¿cuántas veces fumaste tabaco? con opciones de respuesta: 1=Nunca, 2=Pocas veces, 3=Bastantes veces, 4=Casi todos los días.

Adaptado de (González-Forteza, 2003)

4.4.1. Definición Operacional de factores psicológicos

La definición operacional de los factores psicológicos los cuales son autoestima, impulsividad, locus de control, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y estrés cotidiano social, intento e ideación suicida y sintomatología depresiva se describen a continuación:

Autoestima

Se definió con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la cual consta de 10 reactivos que definen el nivel de autoestima que cada estudiante presenta. Se hizo la sumatoria, la cual puede ir de 10 a 40 puntos.

Impulsividad

Estos 5 reactivos que evalúan la impulsividad forman parte de la escala de riesgo de uso de drogas: drug risk scale que desarrollaron Climent et al 1989 y que han sido satisfactoriamente validadas en población adolescente mexicana (González-Forteza et al 1997). Los reactivos tienen un formato de respuesta para indicar que tan seguido el estudiante hace cosas impulsivamente: donde a más puntaje mayor nivel de impulsividad.

Locus de control

Evalúa la creencia que una persona tiene respecto de quién o qué factores controlan su vida. Esta escala es una de las más utilizadas para medir el locus de control en México. Afirmaciones que van de Completamente en desacuerdo (1) a Completamente de acuerdo (5)

Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares

Evalúa los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Mide las respuestas dadas en

relación con los conflictos o estresores en las áreas familiar, social y de la sexualidad. 8 preguntas para el enfrentamiento con la familia y 8, con el mejor amigo De Nunca (1) a Siempre (4)

Conducta suicida alguna vez en la vida e ideación suicida actual

Respuestas a los 13 reactivos de la Cédula de Indicadores Parasuicidas (González-Forteza et al, 1998) que parte de la pregunta ¿Alguna vez en te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?, en un formato de respuesta dicotómico: 1=SI, 2=NO, 88=Nunca lo he hecho.

Las siguientes preguntas, con sus respectivas opciones de respuestas, se refieren a: Número de veces en la vida, Edad de la única/primer vez, Edad de la última vez, Deseo de morir (letalidad cognitiva), Método, Motivo, Propósito, Posibilidad de morir (letalidad cognitiva), Consecuencia uso de servicios de salud (letalidad), Búsqueda de ayuda, Razones para buscar o no ayuda, Razones de ideación suicida actual (letalidad).

Ideación suicida reciente

Con el mismo formato de la escala de sintomatología depresiva CESD, se indaga sobre la presencia de cuatro síntomas de ideación suicida en las últimas dos semanas. Los reactivos fueron diseñados por Roberts (1980) y validados en población adolescente escolar mexicana por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007).

Las respuestas a los cuatro reactivos indican el número de días que en las dos últimas semanas se presentaron cada uno de los síntomas: 0=0 días, 2=1-2 días, 3=3-4 días, 4=5-7 días, 5=8-14 días. El rango teórico va de 0 a 16; donde a más puntaje, mayor nivel de ideación suicida; y con el $PC > X +$ de en cada sexo, se define la Ideación suicida elevada, conforme a la desviación del estándar de normalidad de la muestra (Angold, 1988), por separado: en hombres y en mujeres.

Malestar depresivo y sintomatología depresiva elevada

20 reactivos forman parte de la versión actualizada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1997), y se agregaron 15 en la versión revisada CESD-R para acercarse a los criterios actuales de Episodio Depresivo Mayor del DSM-IV.

Esta CESDR ha demostrado su confiabilidad y validez en adolescentes mexicanos (González-Forteza, Ramos, Jiménez y Wagner, 2008; González-Forteza, Solís, Jiménez, Fernández, González, Juárez, Medina-Mora y Fernández-Varela, 2011).

Las respuestas a los reactivos indican el número de días que en las dos últimas semanas se presentó o no, cada uno de los síntomas depresivos, en un formato: 0=0 días, 2=1-2 días, 3=3-4 días, 4=5-7 días, 5=8-14 días.

El rango teórico es de 0 a 140; donde a más puntaje, mayor nivel de sintomatología depresiva. De acuerdo con Angold (1988), los indicadores de malestar depresivo se refieren al conjunto de síntomas (síndrome) desviados de un estándar de normalidad.

4.4.2. Definición operacional de factores psicosociales

La definición operacional de los factores psicosociales presentes en el instrumento los cuales son datos sociodemográficos, desempeño escolar, familia, relación con mamá y papá y recursos de apoyo se presentan a continuación

Relación con mamá y papá

Respuesta a la pregunta ¿Vives con tu mamá o con algún hombre que es como si fuera tu papá? Con opciones de respuesta: uno=vivo con mi papá 2=vivo con un familiar hombre que es como si fuera mi papá. Ejemplo: abuelo, tío, 3=vivo con mi padrastro, 4=no vivo con mi papá ni con un hombre como si fuera mi papá.

Respuesta a la pregunta ¿Qué edad tiene tu papá o la persona hombre que es como si fuera tu papá?, registrado el número de años de vida cumplidos.

Respuestas a los 15 reactivos de la escala de relación de papa que en México ha sido validada satisfactoriamente quedando integrada por tres dimensiones: afecto comunicación y monitoreo. Las opciones de respuesta son: 1=casi nunca, 2=a veces, 3=con frecuencia, 4=con mucha frecuencia. El rango teórico va de 15 a 60, donde a mayor puntaje, mejor relación con el papá.

Recursos de apoyo

Respuesta a los 7 reactivos para indicar qué tan frecuentemente tiene quien le ayude cuando se le presentan problemas en la escuela, problemas familiares, con sus amigos(as), personales y si tiene un confidente: alguien en quien confiar a quién le pueda contar todas sus preocupaciones, hasta sus secretos más íntimos, si tiene quien le acompañe para buscar ayuda si se siente deprimido(a), o si quisiera quitarse la vida. Las opciones de respuesta están en un formato de: 1=nunca 2=a veces, 3=muchas veces 4=siempre. De esta forma, además de obtener un perfil descriptivo por cada recurso de apoyo; se puede obtener un rango teórico que va de 7 a 28, donde a más puntaje mayor nivel de apoyo social.

Escala de Estrés Cotidiano Social

Evalúa la presencia, en el contexto social, de situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío.

4.5. Análisis de los datos

Para medir las prevalencias se utilizaron frecuencias y porcentajes para expresar el dato epidemiológico. Para las relaciones entre el consumo de cada una de las sustancias estudiadas en este trabajo, con cada uno de los factores psicológicos y psicosociales se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r), todo esto en el programa estadístico SPSS versión 24.

4.6. Consideraciones éticas

La realización del presente estudio requirió la participación de los adolescentes que asisten a escuelas secundarias públicas de San Juan del Río, Qro. Se reconoce la sensibilidad que conlleva el abordar este tipo de temas con población adolescente así como la necesidad de considerar la forma en la que se preguntó sobre el tema.

Se utilizó un instrumento anónimo que reúne escalas estandarizadas, aplicadas en diferentes estudios llevados a cabo con una población similar en el país (González-Forteza, Andrade & Jiménez, 1997; González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998; González-Forteza, Villatoro, Pick & Collado, 1998; González-Forteza, Villatoro-Velázquez, Alcántar-Escalar, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Bermúdez-Lozano & Amador-Buenabab, 2002; González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero, Wagner, 2003; Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2007; González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008; González-Forteza, Romero & Jiménez, 2009; González-Forteza, Hermosillo, Vacío, Peralta & Wagner, 2015; González-Forteza, Juárez, Montejo, Oseguera, Wagner & Jiménez, 2015; Chávez-Hernández, González-Forteza., Juárez, Vázquez & Jiménez, 2015).

Considerando que la naturaleza de las preguntas pudo mover emociones en los participantes, una vez que se concluyó la aplicación del instrumento, se entregó a cada participante una Guía de Recursos de apoyo, especialmente elaborada para este estudio con los datos de los lugares donde se ofrece apoyo psicológico en diferentes instituciones de San Juan del Río.

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico, y no de evaluación psicológica, no se contó con la posibilidad de entregar a cada familia o escuela, la situación de un participante en particular respecto de la problemática de estudio. La información obtenida arrojó datos que reflejan la situación general en los estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río, y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes. En especial, esta información se espera que sea utilizada para el diseño y aplicación de talleres para maestros y directivos sobre el abordaje de las problemáticas en salud mental prevalentes en la población estudiada.

La participación fue voluntaria y se solicitó el asentimiento de cada estudiante una vez que se explicó el propósito de su participación y la naturaleza de la investigación de la que sería parte, de esta manera se garantizó su principio de libertad de participación. Así mismo, antes de la aplicación del instrumento se solicitó que los padres o tutores dieran autorización para la participación de su hijo/a, a través de un consentimiento informado que detallaba los pormenores del estudio, sus objetivos, alcance y metodología.

4.7. Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta estuvo conformado por un equipo de estudiantes de licenciatura y compañeros de la maestría en Educación para la Ciudadanía de la UAQ, así como compañeros de nuestra maestría de otra generación. Se contó con el apoyo de la directora de la presente tesis y se nos fue facilitada la camioneta de la facultad de Psicología.

Se diseñó la muestra en dos etapas: en primer lugar, se seleccionó al azar las escuelas en las que se aplicó el instrumento y después, los grupos dentro de ellas.

Se llevó a cabo una reunión informativa con los directores de las secundarias públicas de San Juan del Río seleccionadas, con el fin de dar a conocer el modo de trabajo y el objetivo de este estudio.

Posteriormente se proporcionó a las escuelas seleccionadas para participar, el consentimiento informado para que fuera entregado a los padres de los estudiantes de los grupos seleccionados el cual firmaron al menos uno de los padres del estudiante.

El día de la aplicación del instrumento se aplicó el cuestionario a todo el grupo seleccionado siempre que hubiesen presentado su consentimiento informado firmado por sus padres. Si algunos integrantes del grupo no lo presentaban ese día, se pospondría la aplicación en una próxima visita hasta cumplir la cuota. El consentimiento informado no está relacionado de ninguna forma con el instrumento que se aplicó al estudiante, de esta manera se garantizó el anonimato de los participantes.

Posterior a la aplicación se codificaron los instrumentos en una base de datos que nos fue supervisada por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, y posteriormente se hizo una depuración de los cuestionarios que se consideraron inválidos por incongruencia y escalas en blanco. Los instrumentos se archivaron en un espacio seguro y al cuidado necesario.

4.8. Descripción de la muestra

La población de este trabajo estuvo conformada por 13,371 adolescentes de secundarias públicas del municipio de San Juan del Río, Qro., de la cual se tomó una muestra representativa con un 95% de nivel de confianza (certeza que hay para generalizar los resultados obtenidos) y un 3% de margen de error (probabilidad de aceptar una hipótesis que sea falsa como si fuera verdadera, o lo opuesto), utilizando un programa especializado se calculó una muestra de 992 adolescentes.

Las estratificaciones que se consideraron para calcular la muestra representativa fueron por nivel de marginación: “Muy bajo” 60.09%, “Bajo” 12.1%, “Medio” 15.2% y “Alto” 11.8% y por tipo de escuela: “General” 51%, “Técnica” 26% y “Telesecundaria” con 23% y 59% de los participantes fueron mujeres.

La edad promedio de los encuestados es de 13 años de edad; la edad promedio de sus madres/madrastas/mujer que funge como madre es de 38 años de edad y el de los padres/padrastros/hombre que funge como su padre es de 41 años de edad.

Del total de encuestados el 94% viven con su mamá o madrastra, el 75% viven con su padre o padrastro, el 82% vive con sus hermanos y solo el 26% vive con familiares, mientras el 3% vive con alguien que no es de su familia y solo el 2% vive con algún amigo o amiga. Así también se observa que la mayoría de los jóvenes vive con personas de entre 25 y 40 años de edad.

Se encontró que la mayoría de estudiantes tienen dos hermanos vivos (38%) seguidos por lo que tienen solo uno (30%) y los que tienen más de tres o más (25%). De estos la

mayoría ocupa el primer lugar de sus hermanos con un 37%, seguido por lo que ocupan el segundo lugar con un 30%.

Se encontró que en un 82% de los hogares el padre o padrastro aporta dinero y en un 63% de las casas aporta dinero la madre o madrastra. El 52% tiene la percepción de que nunca hay peleas en su casa por falta de dinero, la media de suficiencia económica es de 38, entre un puntaje mínimo de 20 y máximo de 48, y como último dato el 50.4% de los participantes considera que su desempeño escolar es bueno.

Dirección General de Bibliotecas UAO

5. RESULTADOS

5.1. Prevalencias de consumo de drogas en San Juan del Río

Se encontró que el 3.4% de los adolescentes encuestados dice haber consumido más de 3 drogas distintas y 63.3% reporta haber consumido al menos una droga en su vida. Las drogas más consumidas fueron el alcohol con 58.3% y tabaco con 22.2%, seguidas por inhalables con 14.9% y marihuana con 13% (Figura 1).

La edad promedio de comienzo de consumo para el alcohol es de 11.16 años de edad, para tabaco de 11.94 años, para inhalables es de 11.37 y para marihuana es de 11.97, subiendo el promedio para otras drogas (Tabla 4).

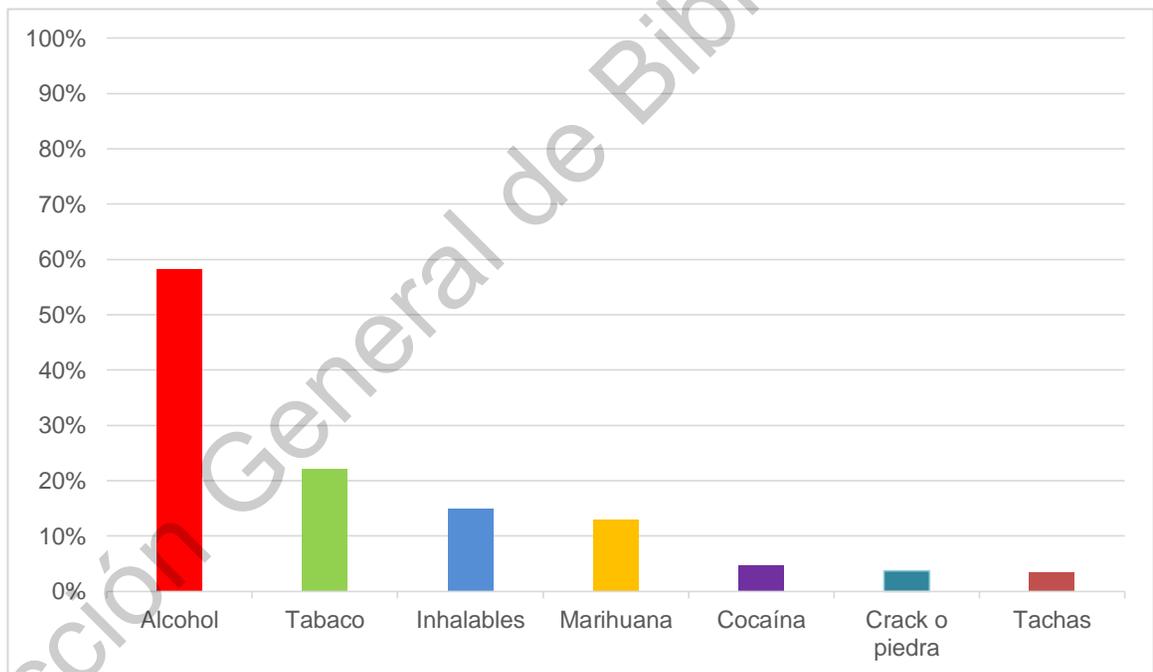


Figura 1.
Prevalencia de consumo de drogas en adolescentes de San Juan del Río "alguna vez en su vida"
Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3 Prevalencias de consumo de drogas por edad y sexo

Sustancia	Prevalencia Global	Edad de primer consumo global
Alcohol	58.3 %	11.2 años
Tabaco	22.2%	11.9 años
Inhalables	14.9%	11.4 años
Marihuana	13%	11.9 años
Cocaína	4.6%	12.2 años
Crack o piedra	3.7%	11.9 años
Tachas	3.5%	12.6 años

Fuente: Elaboración propia

5.2. Prevalencia de consumo de drogas en el último mes

Al explorar la frecuencia de consumo de drogas en el último mes se encontraron los siguientes datos que dan cuenta de la cantidad de adolescentes que consumen y con qué frecuencia. Como dato general se encontró que el 1.4% de los adolescentes encuestados consumieron tres o más tipos de drogas diferentes en el último mes.

El consumo de alcohol sigue siendo el que encabeza la lista para la opción en el cuestionario de consumo en el último mes, con “pocas veces”, arrojando un 14.2%, y también quedando en primer lugar con la opción “bastantes veces” con un porcentaje de 5.5%, seguido del consumo de tabaco con un 3% y marihuana con 1.1%, pero se muestra un cambio en la opción “casi todos los días” en donde el tabaco es el que tiene un mayor porcentaje de prevalencia de consumo con un 2.8%, seguido por la marihuana con 2% y dejando atrás al alcohol que presenta un 1.2% (Tabla 5).

Los porcentajes totales muestran que el alcohol y el tabaco son lo que se han consumido mayormente en el último mes, con una frecuencia de 21% y 17% respectivamente.

Tabla 4 Consumo de drogas en el último mes.

Sustancia	Pocas veces	Bastantes Veces	Casi todos los días	Total
Alcohol	14.2%	5.5%	1.2%	21%
Tabaco	10.5%	3%	2.8%	17%
Inhalables	4.1%	1%	1%	6%
Marihuana	7%	1.1%	2%	10%
Cocaína	2.2%	0.6%	1%	4%
Crack o piedra	1%	0.3%	1%	3%
Tachas	1.6%	0.5%	0.8%	3%

Fuente: Elaboración propia

5.3. Relación del consumo de drogas con factores asociados

Debido al nivel de medición de las variables psicológicas y psicosociales estudiadas en esta tesis, el análisis estadístico fue realizado mediante el coeficiente de correlación de Pearson, el cual mide de forma lineal las variables cuantitativas.

El signo positivo o negativo indica la dirección de la relación. Si ambas aumentan o disminuyen al mismo tiempo entonces es positivo, formando una pendiente hacia arriba. Pero, si una variable tiende a incrementar mientras la otra disminuye, el coeficiente es negativo y la pendiente se direcciona hacia abajo.

Un coeficiente de correlación de Pearson es significativo cuando el valor p (sig) es igual o menor (\leq) al valor de significancia establecido (α) para ciencias sociales que es de 0.05 ($p \leq \alpha$). La relación es constante aunque se encuentre un coeficiente de correlación baja, pero exista una significancia estadística.

Los resultados se pueden encontrar en las Tablas 8,9 y 10, las cuales muestran la relación de consumo de drogas en consumo para “Alguna vez en la Vida” (AV) y “en el “Último Mes” (UM), dividiendo los factores psicológicos en dos tablas por mejor visibilidad de los datos, y teniendo una tabla para las relaciones con factores psicosociales. Los datos color gris son los menos relacionados.

En general se muestra una tendencia a que el alcohol sea el que estuvo relacionado con más cantidad de factores, tanto psicológicos como psicosociales, y que el crack o piedra y tachas se encuentra relacionado muy débilmente con algunos factores.

5.3.1. Relación con factores psicológicos

En las correlaciones existentes entre el consumo de drogas y los factores psicológicos se encontró que el factor que se relaciona de forma positiva y de manera más constante con todas las drogas es la Impulsividad. Los factores que menos se correlacionan con el consumo

de drogas son el Locus de control atribuido a la afectividad y el intento suicida. Los datos se muestran en las Tablas 8 y 9.

Tabla 5 Relación del consumo de drogas con factores psicológicos (1 de 2)

Sustancia		Autoestima		Impulsividad		Locus de control atribuido a la Suerte		Locus de control atribuido a la Afectividad		Locus de control atribuido a la Internalidad	
		AV	UM	AV	UM	AV	UM	AV	UM	AV	UM
Alcohol	<i>r</i>	-.249	-.245	.388	.337	-.125	-.129	.049	.017	.050	.170
	Sig	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.123	.591	.115	.001
Tabaco	<i>r</i>	-.271	.252	.369	.331	-.111	-.132	.046	.011	.151	.170
	Sig	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.152	.720	.001	.001
Inhalables	<i>r</i>	-.270	-.156	.346	.260	-.087	-.072	.061	.053	.103	.116
	Sig	.001	.001	.001	.001	.006	.023	.054	.097	.001	.001
Marihuana	<i>r</i>	-.228	-.132	.330	.164	-.097	-.011	.004	.022	.145	.081
	Sig	.001	.001	.001	.001	.002	.738	.907	.484	.001	.011
Cocaína	<i>r</i>	-.144	-.127	.209	.195	-.076	-.081	.015	.006	.109	.121
	Sig	.001	.001	.001	.001	.017	.011	.639	.861	.001	.001
Crack o piedra	<i>r</i>	-.157	-.094	.177	.162	-.026	-.010	.038	.018	.060	.054
	Sig	.001	.004	.001	.001	.409	.750	.233	.575	.057	.092
Tachas	<i>r</i>	-.101	-.035	.193	.191	-.029	-.037	.051	.011	.105	.090
	Sig	.002	.276	.001	.001	.355	.248	.111	.739	.001	.005

Fuente: Elaboración propia

AV: Consumo Alguna vez en la vida

UM: Consumo en el Último Mes

Tabla 6 Relación del consumo de drogas con factores psicológicos (2 de 2)

Sustancia		Síntomatología depresiva		Ideación suicida		Intento suicida		Respuesta ante estresores familiares	
		AV	UM	AV	UM	AV	UM	AV	UM
Alcohol	<i>r</i>	.215	.235	.231	.282	.028	-.003	.236	.204
	Sig	.001	.001	.001	.001	.375	.929	.001	.001
Tabaco	<i>r</i>	.190	.192	.239	.267	.034	.045	.194	.178
	Sig	.001	.001	.001	.001	.291	.158	.001	.001
Inhalables	<i>r</i>	.247	.211	.308	.260	.001	.006	.207	.161
	Sig	.001	.001	.001	.001	.969	.847	.001	.001
Marihuana	<i>r</i>	.178	.100	.264	.151	.001	-.003	.174	.122
	Sig	.001	.002	.001	.001	.997	.920	.001	.001
Cocaína	<i>r</i>	.170	.152	.206	.240	.002	.002	.094	.114
	Sig	.001	.001	.001	.001	.947	.962	.003	.001
Crack o piedra	<i>r</i>	.146	.109	.170	.185	.005	.001	.063	.062
	Sig	.000	.001	.001	.001	.879	.996	.052	.057
Tachas	<i>r</i>	.103	.085	.156	.187	.002	.001	.102	.098
	Sig	.001	.008	.001	.001	.961	.994	.001	.002

Fuente: Elaboración propia

AV: Consumo Alguna vez en la vida

UM: Consumo en el Último Mes

Las correlaciones encontradas entre los factores psicológicos y el consumo de drogas indican, entre otras cosas, que cuando el factor de impulsividad crece, el consumo de droga es más probable que se encuentre presente. Y esta relación positiva, se mantiene estable con alcohol, tabaco e inhalables para el consumo en el último mes ($r = .337$, $r = .331$ y $r = .260$, respectivamente).

La autoestima es otro factor que se correlaciona negativamente de forma más estable con todas las drogas. Lo cual indica que a menor autoestima que el adolescente presente, es más probable que consuma drogas, ya sea alguna vez en su vida o en el último mes.

5.3.2. Relación con factores psicosociales

La relación de factores psicosociales con el consumo de drogas mostró en términos generales que la relación negativa con la madre y el estrés cotidiano social son las variables que más se correlacionan con las drogas. Siendo la relación con el padre y recursos de apoyo las que menos se relacionan, los datos se muestran en la tabla

Tabla 7 Relación del consumo de drogas con factores psicosociales

Sustancia		Relación con su padre		Relación con su madre		Recursos de apoyo		Estrés cotidiano social	
		AV	UM	AV	UM	AV	UM	AV	UM
Alcohol	<i>r</i>	-.227	-.155	-.257	-.218	-.146	-.117	.329	.286
	Sig	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Tabaco	<i>r</i>	-.192	-.136	-.272	-.238	-.185	-.145	.234	.264
	Sig	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Inhalables	<i>r</i>	-.183	-.137	-.283	-.189	-.213	-.143	.262	.206
	Sig	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Marihuana	<i>r</i>	-.140	-.079	-.201	-.105	-.149	-.112	.242	.133
	Sig	.001	.017	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Cocaína	<i>r</i>	-.111	-.105	-.175	-.144	-.157	-.121	.185	.167
	Sig	.001	.002	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Crack o piedra	<i>r</i>	-.123	-.096	-.147	-.123	-.154	-.098	.153	.123
	Sig	.001	.004	.001	.001	.001	.002	.001	.001
Tachas	<i>r</i>	-.086	-.068	-.135	-.106	-.121	-.083	.137	.139
	Sig	.009	.039	.001	.001	.001	.010	.001	.001

Fuente: Elaboración propia AV: Consumo Alguna vez en la vida UM: Consumo en el Último Mes

6. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue medir la prevalencia de consumo alguna vez en la vida y en el último mes de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, crack o piedra y tachas en estudiantes de secundaria en San Juan del Río, Qro., del ciclo escolar 2018-2019 y su relación con factores psicológicos y psicosociales.

El dato más relevante es que el 63.3% de los estudiantes de secundaria ya han consumido por lo menos alguna droga en su vida. De estos el 58.3% han consumido alcohol, el 22.2% han consumido tabaco, seguido por inhalables con 14.9%, para marihuana es un 13% y dejando a las otras drogas con un porcentaje menor a 5%.

La prevalencia de consumo en el último mes se encontró que el 21% de los estudiantes han consumido alcohol en el último mes, mientras que el 17% refiere haber fumado.

Los resultados de la correlación con los factores psicológicos mostró una relación positiva entre la impulsividad y el consumo de todas las drogas indagadas, lo que indica que entre más impulsividad presente un estudiante de secundaria será más probable que consuma alguna de ellas.

En cuanto a la relación con factores psicosociales, se encontró una correlación negativa entre el consumo de las drogas estudiadas y la relación con su madre. Entendiendo que entre más mala sea la relación del adolescente con su progenitora, ese papel, mayor será el riesgo de consumo.

La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de mi muestra fue de 58.3%, la cual se encuentra por encima de la prevalencia nacional de 42.9% (ENA 2011), a nivel regional también se encuentra por encima de la prevalencia encontrada, la cual es de 41.1% para la población adolescente (ENCODE 2014).

En consumo de alcohol en el último mes (21%) es también superior a la prevalencia nacional (16.1%) para la población adolescente según la ENCODE (2014).

Se encontró que la prevalencia de consumo de tabaco en San Juan del Río de los adolescentes que han fumado alguna vez en su vida fue de 22.2%, quedando por debajo del promedio nacional de 42.8% que reportó la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (Reynales-Shigematsu, *et al* 2011).

Para consumo en el último mes se encontró en este estudio que el 17% de los estudiantes fumaron tabaco, siendo un porcentaje mayor a los encontrados a nivel nacional con un 14.6% reportado en la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (Reynales-Shigematsu, *et al* 2011), siendo incluso más altas que las prevalencias en ciudades con mayor consumo alguna vez, como Zacatecas, León y Durango, que también presentan porcentajes altos en consumo del último mes.

Dato que sería importante estudiar a fondo, ya que es peculiar, pues parece indicar que son relativamente pocos los que comienzan a fumar, sin embargo se convierten en fumadores regulares la mayoría de ellos, resultando una prevalencia de 2.8% los que fuman casi a diario.

Datos de la ENCODE (2014) indican que Querétaro (sin tener datos previos para San Juan del Río) tiene un consumo de tabaco en bachillerato por encima de la media nacional, lo que puede explicar que en la secundaria es donde comienzan a hacer regular su consumo hasta llegar a fumar cada vez más. Esto indica una dirección para enfocarse en la construcción de programas de prevención.

Para el consumo de inhalables, marihuana, cocaína, crack o piedra y tachas se encontró que el 14.7% de los estudiantes de secundaria de San Juan del Río han consumido por lo menos una droga ilegal en su vida, prevalencia menor a la nacional que es de 17.2% (ENCODE 2014) y se encontró que el 1.5% del total de adolescentes han consumido hasta 5 drogas ilegales.

Las correlaciones de factores psicológicos y psicosociales encontradas en este estudio coinciden con las encontradas en algunos otros (Rodríguez T 2008), como la relación con madre, la cual mantiene una correlación estable negativa, (de entre $r = -.275$ para alcohol a r

= -.135 para tachas) la cual influye de manera importante para la prevención del consumo de cualquier droga, pues indica que entre peor sea la relación con ella, es probable que también el consumo de sustancias incremente.

La impulsividad registró una correlación estable y positiva de entre $r = .388$ para alcohol a $r = .177$ para crack o piedra, y la autoestima con una correlación negativa (entre $r = -.271$ para tabaco y $-.101$ para tachas) también se relacionan en cuanto al consumo de la mayoría de las drogas. Entonces el saber que estos factores influyen de tal manera debería de llevar a crear planes y programas que tomaran como punto de partida estos factores de forma creativa para también abarcar el consumo de drogas.

7. CONCLUSIONES

1. En el marco de los datos encontrados en la presente investigación y la búsqueda exhaustiva de datos que se requirió hacer, así como los factores que influyen para el consumo y la relación que algunos factores tienen con el consumo cuenta que los adolescentes se encuentran expuestos a situaciones que no dependen totalmente de ellos, y constato que tanto Estado como comunidad deberíamos de trabajar para su bien común, pues eso representa un bien social.
2. El consumo de drogas en los adolescentes de San Juan del Río Querétaro confirma la razón por la cual esta práctica se ha convertido en un problema de salud pública, pues al encontrarse en este estudio una prevalencia superior a las establecidas a nivel nacional de consumidores adolescentes, nos indica que es muy probable que sigan consumiendo en edades mayores y así se ponga en riesgo su bienestar y productividad futura.
3. Se ha encontrado que San Juan del Río posee características de vulnerabilidad social ante el manejo de problemáticas crecientes, que requieren atención urgente por parte de autoridades y personal capacitado.
4. Sabiendo que el consumo de drogas es un problema de salud pública, se debe tomar en cuenta que no solo es responsabilidad del consumidor, de sus padres, de su comunidad, sino de todos los ámbitos en los que se desarrolla este fenómeno, como lo es la escuela, en el caso de los niños y adolescentes institucionalizados. Por lo tanto, como parte de una prevención asertiva se debería prestar especial atención en tales sistemas de desarrollo:
5. En la estratificación realizada para determinar la muestra se tomó en cuenta la organización que USEBEQ tiene de su población estudiantil se realizó una ANOVA para determinar si existía alguna diferencia significativa con respecto a estos estratos, pero no fue así.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M., & Zanetti, A., Guidorizzi. (2014). Factores predictivos del uso de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 1056-1062. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3570.2516>
- Aguilar-Gaxiola, S. & Deeb-Sossa, N. (2009). La investigación en epidemiología psiquiátrica y la encuesta mundial de salud mental de la organización mundial de la salud en américa latina y el caribe. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=11>
- Barrón, A. & Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*. Madrid. Ed. Univ. Complutense, 8,197-206.
- Bravo-Andrade H.R., López-Peñaloza J., De la Roca-Chiapas J.M., Rodríguez Morrill E. (2016). Relaciones Intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31). http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/8/6
- Calleja, N. (2011). Inventario de Escalas Psicosociales en México. 1984-2005. *Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Campo-Arias A, González S, Sánchez Z, Rodríguez D, Dallos C, Díaz-Martínez L. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Urug*. 2005; 76 (1):21-6.
- Castillo M, Meneses M, Silva L, Navarrete P, Campo-Arias A. Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Med UNAB*. 2003; 6 (18):137-43.
- Celma, J. (2015). Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo. *Colección Digital Profesionalidad*, Número 5. https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases_teoricas_y_clinica_comportamiento_impulsivo.pdf
- Chambers, R., Taylor, J. y Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919168/>

- Chávez-Hernández, A.M., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D., Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes de nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*. 25(6), 43-50 doi:10.15174/au2015.786
- Climent, C., Aragón, L. & Plutchick, R. (1989). Predicción del riesgo de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Bol. Of Sanit. Panam. International Journal of Adiccions*. 24 (11), 568-576. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17666/v107n6p568.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- COESPO. (2017) Información demográfica municipal San Juan del Río. Consejo Estatal de la Población. <https://gobqro.gob.mx/coespo/wp-content/uploads/2016/01/16-San-Juan-del-Ri%CC%81o.pdf>
- CONAPO. (2017). Proyecciones de la población 2010-2050. Datos de proyecciones para localidades de México. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-II-1917 F.E. DOF 06 II 1917 Ref. DOF última reforma 05-06-2013.
- DeBellis, M.D., Clark, D.B., Beers, S.R., Soloff P.H., Boring, A.M., Hall, J., Kersh, A. y Keshavan, M.S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 737-744. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/34d0/cf024c52d787a8dab7de8ae8f255d958f992.pdf>
- De La Barra F., Vicente B., Saldivia S., Melipillán R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual (2012) *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 23, Issue 5, Pages 521-529 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>
- De la Fuente JR, Kersenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2): 41-51. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80320105.pdf>
- De Lellis, Martín, Da Silva, Natalia, Duffy, Débora, & Schittner, Vanesa. (2011). Factores de riesgo para la salud de los adolescentes: investigación y promoción de la salud en establecimientos secundarios de enseñanza. *Anuario de investigaciones*, 18, 339-347. Recuperado en 15 de noviembre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100037&lng=es&tlng=es
- Dishion, T. & McMahon, R.(1998). Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1, (1).

<https://doi.org/10.1023/A:1021800432380><https://doi.org/10.1023/A:1021800432380>

- Donas Burak, S. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana*. Vol. 1 n. 4. Recuperado de: <http://sf89dbcee9ff7b1cd.jimcontent.com/download/version/1414099451/module/8648993682/name/Proteccion%20riesgo%20y%20vulnerabilidad.pdf>
- Durkheim E. (1974). El suicidio. México: Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original (1897): Durkheim, E. Le suicide. Etude de sociologie. XII-462, París: Alcan.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Resultados de Querétaro. México: INPRFM, 2015 http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf
- Garbus, P, Morales, A & Cabello, L. (2016). Problemáticas de salud mental en adolescentes y prácticas de atención: el caso de San Juan del Río, Qro. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/270.pdf>
- Garbus, P, Morales, A & Cabello, L (2016). *Dimensión Jurídica del acceso a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Río, Querétaro, México, VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-015/594.pdf>
- Genjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Blanco, J., Rojas, E. et al. La encuesta de salud mental en adolescentes de México. En Rodríguez, J., Khon, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>.
- González-Forteza, C. & Andrade Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 18 (4), 41-48. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm1804/sm180441.pdf?PHPSESSID=9ad0f44d89d279a4fa45ba3dd1ba79d>

- González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 20(1), 27-35.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A.M., Facio-Flores, D. & Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*. 40 (5), 430-437. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10640507.pdf>
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E. & Sánchez, M.A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 21 (3), 1-9.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacio, M. A., Peralta, R. & Wagner, A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2(72), 149-155. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>
- González-Forteza C., Jiménez-Tapia J.A., Ramos-Lira L, Wagner, F.A. (2008). Aplicación de la escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública Mex*. 50(4) 292-299. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000400007
- González-Forteza, C., Juárez, C. E., Montejo, L. A., Oseguera, G., Wagner, F. A. & Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal*. 25(2), 29-34. doi:10.15174/au.2015.862
- González-Forteza, C., Mariño, M.C., Rojas, E., Mondragón, L. & Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. Y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*. 15 (2), 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutierrez, M.A. & Wagner Echeagarray, F. A. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 15 (4), 524-532. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/1102.pdf>
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Jiménez, A. & Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 50 (4), 292-299. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10611147004.pdf>

- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Vignau Brambila, L.E. & Ramírez Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*. 24 (6), 16-25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016c.pdf>
- González-Forteza, C., Romero, L. & Jiménez, A. (2009). Lesiones autoinflingidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (47), 41-46. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091h.pdf>
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., & Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/700/699
- González-Forteza, C., Villatoro-Velázquez, J., Alcántar-Escalar, I; Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Bermúdez-Lozano, P., Amador-Buenabab, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 25 (6). 1-12. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/salud_mental_27.pdf
- González-González, Alejandro, Juárez García, Francisco, Solís Torres, Cuauhtémoc, González-Forteza, Catalina, Jiménez Tapia, Alberto, Medina-Mora, María Elena, & Fernández-Varela Mejía, Héctor. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51-55. Recuperado en 18 de julio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325201200010008&lng=es&tlng=es.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-8.
- Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero A. Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios. *Evid Pediatr*. 2007; 3: 60. doi: vol3/2007_numero_3/2007_vol3_numero3.26.htm
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado R, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

- Iversen, L. (2005). Long-term effects of exposure to cannabis. *Current opinion in Pharmacology*, 5, 69-72. Recuperado de: <http://cannabiscoalition.ca/info/IversenCannabisEffects.pdf>
- Jiménez Tapia, J. A., Mondragón Barrios, L., & González Forteza, C. (2007). Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida: resultado de tres estudios. *Salud Mental*. 30(5), 1-8. Obtenido de: <https://www.researchgate.net/publication/28230009>
- Karatzias, A., Power, KG & Swanson, V. *Journal of Youth and Adolescence* (2001) 30: 465. <https://doi.org/10.1023/A:1010497216920>
- Mariño M, González-Forteza C, Andrade P, Meina-Mora M (1998). *Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas de uso de drogas*. *Salud Mental* V. 21, No 1.
- Maris, R. W. (2019). *Suicidology. A Comprehensive Biopsychosocial Perspective*. Guilford Press. New York.
- Martinez D. (2017) Detectan violencia y drogadicción en escuelas rurales. *El Sol de San Juan del Río*. Recuperado de: <https://www.elsoldesanjuandelrio.com.mx/local/detectan-violencia-y-drogadiccion-en-escuelas-rurales>
- Medina-Mora, M., Gorges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas, E. et al. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la encuesta mundial de salud mental. En Rodríguez, J., Khon, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- Meza-de-Luna, M. (2019). Patrones y Consecuencias del Consumo del Alcohol entre Jóvenes de Zonas Rurales y Urbanas de San Juan del Río, Querétaro. *Estudio De Ciencias Sociales Y Administrativas De La Universidad De Celaya*, 9(1). Recuperado a partir de <http://ecsauc.udc.edu.mx/index.php/ECSAUC/article/view/15>
- Musitu, G; Herrero, J. (2003) El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*. XIII, 001, 285-206. Recuperado de: <https://www.uv.es/~lisis/gonzalo/14rol-autoest.pdf>
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 8, núm. 1, enero, 2008, pp. 153-169. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33780111.pdf>
- OMS. (2012). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicas y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Organización Mundial de la Salud, 2ª edición. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008. 14; 30 (1): 133-154. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/51427144_Suicide_and_Suicidal_Behavior
- OMS. (2019) Informe Mundial de Drogas 2018: crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>
- OMS. (2013). *Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020*. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo 132.a reunión http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- OMS. (2014^a). *La salud de los adolescentes del mundo*. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- OMS. (2016). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (2017c). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2017d). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. OMS. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2017e). *Trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- OMS. (2017). *Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OPS (2010) El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas. Washington, DC. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EI%20brindis%20infeliz.pdf>
- OPS. (2014-2020) Plan de acción en Salud Mental. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
- Organización de los Estados Americanos OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015). Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAmericas_SPA_web.pdf
- Pinazo Hernandis, S., & Pons Díez, J., & Carreras Rouma, A. (2002). El consumo de inhalables y cánnabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores

predisponentes. *Anales de Psicología*, 18 (1), 77-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16718105.pdf>

Pons, Javier, & Buelga, Sofía. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>

Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños R, Ortega-Ceballos P, Flores Escartín MG, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011. Recuperado de: spmediciones.mx/ebook/8529/free_download/

Rodríguez, C; Caño, A. (2012) Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 12, núm. 3, 2012, pp. 389-403. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>

Rosa, Olivero, Domínguez, Antonio, & Malpica, Carmen Cecilia. (2008). *Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica*. *Acta bioethica*, 14(1), 90-96. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X20080001000122>

Rodríguez T, Jorge, Valdés C, Macarena, Ramírez P, Sergio, Hernández A, Enrique, Villalón C, Marcelo, & Fernández, Ana María. (2008). Factores Predictores del Riesgo de Consumo de Drogas Lícitas en Escolares de 4° a 7° básico. *Terapia psicológica*, 26(2), 181-188. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200004>

Rosales-Pérez J.C, Córdova-Osnaya M., Cortés-Granados R.(2016). Confiabilidad y validez de la escala de ideación suicida de Roberts. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol. 7 num. 2 Pp. 31-41 DOI:10.5460/jbhsi.v7.2.44302

Salvo, L; Castro, A. (2012). Soledad, impulsividad, consume de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Rev Med Chile* 2013; 141: 428-434. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n4/art02.pdf>

Sandoval, J. (2005). *La Salud Mental en México*. La Obra Legislativa de la LIX Legislatura. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DGS-SIID-SIA) Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Spear, L.P. (2002). Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Research & Health*, 26, 287-291 Recuperado de: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/287-291.pdf>

Tapia CR, Olaiz FG, Lazcano RF. (1991). Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones 3. DGEPI. Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2003_I.pdf

Temporetti, F., Augsburger C., Orzuza S., Bertolano L., Corvalan F. (2008) *Estudio Epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario Facultad de Psicología Universidad Nacional de Rosario*. Salud Mental en la Infancia. http://www.fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2015/11/estudio_epidemiologico_infancia_rosario.pdf

UNESCO Camino Real de Tierra Adentro. Recuperado de: <http://whc.unesco.org/es/list/1351>

United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (United Nations Publication, Sales No. E.14.X.7). Recuperado de: <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>

USEBEQ, (2017). *Cantidad de alumnos nivel secundarias Mpio. De San Juan del Río*. Subjefatura de Planeación Educativa. Departamento de servicios regionales III San Juan del Río.

Vigil R. (2017) Asesinó a su pareja a tiros en San Juan del Río. *El Gráfico de Querétaro*. Recuperado de: <http://www.elgrafico.mx/queretaro/22-10-2017/asesino-su-pareja-tiros-en-san-juan-del-rio>

Wagner FA, Velasco-Mondragón HE, Herrera-Vásquez M, Borges G, Lazcano- Ponce E. Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos, Mexico. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 77:93-6.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. Información para los padres y Carta de Consentimiento Informado

Soy la Dra. Pamela Garbus, Coordinadora de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro.

Estamos realizando un estudio que busca conocer los problemas de Salud Mental que presentan los estudiantes de escuelas Secundarias Públicas de San Juan del Río, Querétaro, en el marco de un estudio que abalado por la maestría y la universidad y USEBEQ.

Si bien este estudio no resultará directamente beneficioso para su hijo/a su participación favorece el conocimiento de las problemáticas prevalentes en salud mental de los adolescentes y nos permitirá diseñar talleres para maestros y directores de escuelas, en los que ofreceremos herramientas para detectar y abordar dichas problemáticas.

Si decide autorizar la participación de su hijo/a es importante que sepa que la misma consiste en responder un cuestionario en que le llevará no más de 30 minutos de su tiempo, el mismo será respondido en la escuela y será anónimo.

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico, y no de una evaluación psicológica no se contará con la posibilidad de entregar a cada familia o escuela, la situación de ninguno de los participantes en particular, tampoco la de su hijo. La información obtenida arrojará datos que reflejen la situación actual en cuanto a problemáticas en salud mental de los estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río, y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes.

La participación será voluntaria y se solicitará el asentimiento de cada estudiante una vez que se haya explicado el propósito de su participación y la naturaleza de la investigación de la que será parte, garantizando su principio de libertad. Cabe mencionar que los

participantes se seleccionarán al azar entre todos aquellos que cuentan con la autorización de sus padres para participar en este estudio.

De dar autorización para que su hijo pueda participar del estudio, le pedimos lea y firme el consentimiento informado:

Consentimiento de participación en la investigación

En este documento se solicita su consentimiento para que su hijo/a participe en un proyecto de investigación de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de la Facultad de Psicología de la UAQ, Campus San Juan del Río. Dicha participación consistirá en contestar un cuestionario en un tiempo no mayor de 50 minutos, mismo que será respondido en la escuela.

El propósito del estudio es conocer los problemas de Salud Mental que presentan los estudiantes de escuelas Secundarias Públicas de San Juan del Río, Querétaro, en el marco de un estudio abalado por la maestría, la universidad y USEBEQ.

El participante no recibirá un beneficio directo de su participación, sin embargo, la misma proveerá conocimiento sobre las problemáticas prevalentes en salud mental de los adolescentes y nos permitirá diseñar talleres para maestros y directores de escuelas, en los que ofreceremos herramientas para detectar y abordar dichas problemáticas.

La participación de los alumnos será voluntaria, pidiendo el asentimiento de cada uno de ellos y será anónima, es decir, que no se les solicitará ningún dato de identificación en el cuestionario que responderá.

Si está de acuerdo en que su hijo/a sea participante, firme a continuación.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a
de _____
_____ año, salón _____ participe en este estudio.

Nombre	del	padre/madre	o	tutor,
<hr/>				
Firma	_____			
Fecha	_____			
Nombre y firma de la investigadora responsable:				
Dra. Pamela Garbus	_____			
Contacto: msmia.uaq@gmail.com				

Dirección General de Bibliotecas UAQ

9.2. Anexo 2 Guion de aplicación CIP-DERS

Buen día jóvenes. El día de hoy, tal como lo dijimos la semana pasada, vamos a realizar la aplicación del cuestionario. Como saben solo aquellos que trajeron la autorización de sus padres podrán participar. Vamos a ir diciendo sus nombres que aparecen en los consentimientos y pasan a recogerlo.

Por favor, no comiencen a responder hasta que les avisemos. Se contestará con pluma o lápiz que pinte muy bien.

Tienen 50 minutos para contestar, por lo tanto no se apresuren demasiado y sobre todo lean con cuidado las instrucciones. Cuando terminen vamos a pedirles que permanezcan en su lugar en silencio por respeto a los que aún no hayan acabado.

(Se les entrega a cada uno el cuestionario)

Atención. El cuestionario es anónimo. Eso quiere decir que no hay forma alguna que de sepamos quien es cada uno, pues no se puede relacionar con su consentimiento que acaban de entregar. Por lo tanto se les agradece que contesten solo con la verdad, recuerden que su colaboración es sumamente importante para conocer y ayudar en las problemáticas que puedan aparecer. No tengan miedo o pena de responder, nadie sabrá qué han puesto.

Ok vamos a comenzar con la explicación sobre cómo responder el cuestionario:

Escriban el nombre de la escuela y su grado.

(Leemos los ejemplos de la primera hoja del cuestionario).

Van a encontrar en las páginas 4 y 5 unas tablas que preguntan sobre su relación con papá y mamá o las personas que cumplen esa función en casa. Completen las dos tablas, aunque no vivan con papá o mamá, siempre que tengan un vínculo con ellos. Sino tienen relación con uno u otro, pero hay alguien que cumple su función (abuela, abuelo, pareja

de papá o mamá etc) completen pensando en esa persona, sino no hay nadie, entonces sí dejen en blanco la tabla.

En la página 7, van a encontrar una pregunta que podría causar un poco de confusión al responder, la pregunta es ¿por esa última o única vez que te hiciste daño para tratar de quitarte la vida, en consecuencia: a) me llevaron a un hospital; b) recibí apoyo emocional profesional; c) recibí un apoyo emocional de un ser querido y d) no recibí apoyo. La confusión es en la opción d) ya que en caso de que si hayas recibido ayuda tu respuesta será 2=NO y en caso de que no la hayas recibido tu respuesta será 1=SÍ.

Ahora nos vamos a la página 12. En este cuadro podemos encontrar diferencias con los anteriores ya que si nos fijamos en la tabla de arriba se pide que se conteste con una numeración que va de menos a más y esta (señalándola) está al revés. Por favor, lean muy bien cada tabla y cada consigna. RECUERDEN: Es muy importante que lean muy bien cada encabezado de tabla. Pues son pequeñas diferencias que pueden hacer que haya errores al contestar.

Les pedimos que respondan TODAS las preguntas. Si tienen dudas nos llaman y vamos a su banca para ayudarlos. Pero es importante que no dejen preguntas sin responder.

Estamos a disposición para responder dudas. En su lugar levantan la mano y nos acercamos a ustedes.

9.3. Anexo 3 Recursos de apoyo

LUGARES EN LOS QUE PUEDES ACUDIR A RECIBIR AYUDA

INSTITUCIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	Horario
Centro de Salud Urbano	272 3206	Av. Juárez Poniente 101 centro	7:00am a 6:00pm de L-V Tienen que ir para hacer cita. Servicio sin costo
Central de Servicios a la Comunidad UAQ	264 0243	Río Sonora #40, Col san Cayetano	10:00am a 2:00pm y de 3:00pm pm a 7:00pm L-V sábado 10:00 a 1:00 pm Se dejan datos y regresan la llamada. Cuota de \$80 a \$100
DIF Municipal	129 04 61 al 64	Avenida 5 poniente No 26, Fraccionamiento Valle de Oro	8:00am a 4:00 pm de L-V Hay que ir para hacer cita. Cuota \$50
Colegio de Psicólogos de San Juan del Río	427 128 6964	Boulevard Luis Donaldo Colosio #172, Jacarandas Banthi	9 am a 7 pm de L-V Se puede hacer cita por teléfono. Cuota de \$80 a \$100
UNEME CAPA Centros de Atención Primaria de Adicciones	274 8791	Prol. Agustín Melgar s/n Fracc. Los Arrayanes	8:00 am a 3:30 pm de L-V Se hace previa cita por teléfono Servicio sin costo
Instituto Municipal de la Mujer	27 4 8500 / 26 4 0190	Av. De las Garzas S/N Colonia Indeco	9:00am a 3:00pm Solicitar la cita por medio de un adulto, de forma telefónica. Servicio sin costo
Consejo Municipal Contra las Adicciones	272 1560	Av. Juárez No. 30 Pte. Col. Centro (Antigua Biblioteca municipal)	De 8:00am a 4:00pm de L-V Se puede hacer cita por teléfono. Servicio sin costo
Línea de vida	01800 822 37 37	Atención telefónica	Las 24 horas servicio a toda la población
Línea de joven a joven	01 800 716 65 75	Atención telefónica	De 10:00am a 8:00pm Servicio a toda la población

9.4. Anexo 4 Carta de autorización USEBEQ



UNIDAD DE SERVICIOS PARA
LA EDUCACIÓN BÁSICA EN
EL ESTADO DE QUERÉTARO
(USEBEQ)

**COORDINACIÓN GENERAL
COORDINACIÓN OPERATIVA**

OFICIO No. C.O. /102/2018

Santiago de Querétaro, 3 de septiembre de 2018.

DRA. PAMELA GARBUS
Coordinadora de la Maestría en Salud Mental de la Infancia la Adolescencia
Facultad de Psicología UAQ
Responsable del proyecto
Presente

Por este medio la saludo atentamente a la vez que le hago expresa la autorización para llevar a cabo el estudio Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de Cadereyta y de San Juan del Río, Querétaro (octubre de 2018 a abril de 2020) el cual está bajo su dirección y cuenta con la colaboración de profesoras y estudiantes de la Maestría de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, la Maestría en Educación para la Ciudadanía y de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UAQ.

Doy conocimiento de que el objetivo del proyecto es describir la prevalencia de síntomas y problemas de salud mental en estudiantes de escuelas secundarias públicas, y que puntualmente se busca describir la sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, consumo de alcohol, tabaco y drogas así como de factores psicológicos tales como autoestima, locus de control, impulsividad, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y el estrés cotidiano social y factores psicosociales tales como datos sociodemográficos, relación del adolescente con su padre y madre y recursos de apoyo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de Cadereyta y de San Juan del Río, Querétaro.

Así mismo, agradecemos que, con estos datos obtenidos, posteriormente se trabajará en el diseño y aplicación de talleres para maestros y directivos de escuelas sobre la detección y abordaje escolar de las problemáticas prevalentes detectadas.

No omito comentarle y solicitarle de la manera más atenta, que las actividades del proyecto deberán coordinarse con los directores encargados de cada una de las escuelas que participan en el proyecto, así como generar una estrategia para contar con el previo consentimiento y autorización formal de los padres de familia y/o tutores.

Quedo a su entera disposición para mayor información,

ATENTAMENTE
"Querétaro está en nosotros"


Lic. Ernesto Mejía Botello
Coordinador Operativo de la USEBEQ

C.c.p. Archivo
*crg

Domicilio:
Av. Magisterio No. 1000,
Col. Colinas del Cuicatlan,
Santiago de Querétaro, Qro.,
C.P. 76090
Tel: 238 6000

QUERÉTARO
GOBIERNO DEL ESTADO

9.5. Anexo 5 Instrumento

Folio _____
 Nombre de la escuela: _____ Grado _____

HOLA

Este cuestionario forma parte de una investigación que se está llevando a cabo en algunas secundarias públicas del Estado de Querétaro.

ESTE NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, en cada pregunta responde honesta y sinceramente. Es muy importante que contestes todas las preguntas.

En cada pregunta marca la respuesta que resulte más adecuada para ti: tacha con una cruz el número que indique tu respuesta. En algunas preguntas podrás escribir tu respuesta completa.

En caso de que tengas alguna duda, por favor levanta la mano y un encuestador irá a tu lugar a resolver tus dudas.

VEAMOS ALGUNOS EJEMPLOS

Recuerda que puedes tachar con una cruz (X) para indicar tu respuesta.

Durante cuántos días de las dos últimas semanas:	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
1. Viste algún programa de televisión.	0	1	2	3	4

Como puedes ver, el número que está tachado es el 4 para indicar que vio algún programa de televisión entre 8 y 14 días de las dos últimas semanas.

En otras preguntas podrás escribir el número para indicar tus respuestas:

DM4. De las personas que viven contigo (incluyéndote a ti)	EDAD		HOMBRES MUJERES	
	¿Cuántos son hombres y qué edades tienen?	12 años ó menos	3	
¿Cuántas son mujeres y qué edades tienen?	13 a 17 años			
	18 a 24 años			
(Contesta todas las opciones que te corresponden)	25 a 40 años	1		
	41 a 59 años	1	1	
	60 ó más años			1

Aquí podemos ver que las respuestas indican que viven juntos: 3 hombres de 12 años ó menos, 2 mujeres entre 13 y 17 años de edad, 1 mujer entre 25 a 40 años, 1 hombre entre 41 a 59 años y 1 mujer de 60 ó más años de edad.

Veamos la siguiente pregunta:

¿Cuántas veces en tu vida has ido a un Zoológico?	_____ veces
	Nunca he ido 88

Como está tachado el 88, la respuesta indica que nunca ha ido al Zoológico.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos a iniciar con información sobre ti y tu familia.

DM1. ¿Tú eres?:	Hombre..... 1 Mujer 2	DM2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años cumplidos.
-----------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

DM3. En general ¿Cómo consideras tu <u>desempeño académico</u> en la escuela?	Muy Bueno	1	
	Bueno	2	
	Regular	3	
	Malo	4	
DM4. De las <u>personas que viven contigo</u> (incluyéndote a ti) ¿cuántos son y qué edades tienen? (Contesta sólo las opciones que te corresponden)	EDAD HOMBRES MUJERES		
	a) 12 años o menos	h)	m)
	b) 13 a 17 años	h)	m)
	c) 18 a 24 años	h)	m)
	d) 25 a 40 años	h)	m)
	e) 41 a 59 años	h)	m)
	f) 60 o más años	h)	m)
DM5. ¿Cuántos hermanos(as) vivos tienes, <u>(sin contarte a ti)</u> ?	_____ hermanos(as).		
DM6. ¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos(as)?	1° 2° 3° 4° 5° 6° o más		
DM7. ¿Quiénes viven contigo? (Contesta <u>cada opción</u> con SI o NO, según corresponda)	SI NO		
	a) Mamá o madrastra	1	2
	b) Papá o padrastro	1	2
	c) Hermanos(as)	1	2
	d) Otros familiares	1	2
	e) Amigos(as)	1	2
	f) Otros(as)	1	2
DM8. De las personas que viven contigo, ¿Quiénes dan dinero para mantener a la familia? (Contesta <u>cada opción</u> con SI o NO, según corresponda)	SI NO		
	a) Mamá o madrastra	1	2
	b) Papá o padrastro	1	2
	c) Hermanos(as)	1	2
	d) Otros familiares	1	2
	e) Amigos(as)	1	2
	f) Otros(os)	1	2

DM9. TU FAMILIA TIENE DINERO SUFICIENTE PARA:	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a) Comprar comida	1	2	3	4
b) Para pagar los pasajes o la gasolina	1	2	3	4
c) Pagar las cuentas: luz, gas, agua, etc.	1	2	3	4
d) Mantener la casa limpia y arreglada	1	2	3	4
e) Comprar útiles escolares, uniformes, cuotas, etc.	1	2	3	4
f) Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4
g) Comprar la ropa que quieres y que te gusta	1	2	3	4
h) Ir a divertirse, al cine, a un restaurante, etc.	1	2	3	4
i) Comprar regalos para cumpleaños, festejos, etc.	1	2	3	4
j) Para hacer fiestas	1	2	3	4
k) Para ir de vacaciones	1	2	3	4
l) Comprar videojuegos, CD's, películas, revistas, etc.	1	2	3	4
DM10. ¿Qué tan frecuentemente existen <u>discusiones o peleas</u> en tu familia por falta de dinero?	Nunca			1
	Algunas veces			2
	Muchas veces			3
	Siempre			4

MA1. ¿Vives con tu mamá o con alguna mujer que es como si fuera tu mamá? (Tacha sólo una opción)	Vivo con mi mamá	1
	Vivo con una familiar mujer que es como si fuera mi mamá (abuela, tía...)	2
	Vivo con mi madrastra	3
	No vivo con mi mamá ni ninguna mujer como si fuera mi mamá	4
MA2. ¿Qué edad tiene tu mamá o la mujer que es como si fuera tu mamá?	_____ años cumplidos	

Ahora te pedimos que nos contestes las siguientes preguntas para conocer como es la relación que tu mamá (o la MUJER que es como si fuera tu mamá) tiene contigo:

QUÉ TAN SEGUIDO TU MAMÁ (O LA MUJER QUE ES COMO SI FUERA TU MAMÁ)...	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
RM1. ¿Te demuestra afecto?	1	2	3	4
RM2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
RM3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos (as) juegos, etc.?)	1	2	3	4
RM4. ¿Habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
RM5. ¿Se muestra interesada en ayudarte?	1	2	3	4
RM6. ¿Muestra que se preocupa por ti?	1	2	3	4
RM7. ¿Trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
RM8. ¿Es justa contigo?	1	2	3	4
RM9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
RM10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
RM11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
RM12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
RM13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
RM14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4
RM15. ¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	1	2	3	4

PA1. ¿Vives con tu papá o con algún hombre que es como si fuera tu papá? (Tacha sólo una opción)	Vivo con mi papá	1
	Vivo con una familiar hombre que es como si fuera mi papá (abuelo, tío...)	2
	Vivo con mi padrastro	3
	No vivo con mi papá ni ningún hombre como si fuera mi papá	4
PA2. ¿Qué edad tiene tu papá o el hombre que es como si fuera tu papá?	_____ años cumplidos	

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar la relación que tu papá (o el HOMBRE que es como si fuera tu papá) tiene contigo:

QUÉ TAN SEGUIDO TU PAPÁ (O EL HOMBRE QUE ES COMO SI FUERA TU PAPÁ)...	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
MP1. ¿Te demuestra afecto?	1	2	3	4
MP2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
MP3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos. etc.?)	1	2	3	4
MP4. ¿Habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
MP5. ¿Se muestra interesado en ayudarte?	1	2	3	4
MP6. ¿Muestra que se preocupá por ti?	1	2	3	4
MP7. ¿Trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
MP8. ¿Es justo contigo?	1	2	3	4
MP9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
MP10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
MP11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
MP12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
MP13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
MP14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4
MP15. ¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	1	2	3	4

EXPERIENCIAS

A continuación hay unas preguntas sobre algunas experiencias que pudiste haber pasado en algún momento de tu vida.	
P51. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Sí..... 1 Nunca lo he hecho..... 88
P52. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, ¿Qué querías?	Quería dejar de vivir, quería morir 1 No me importaba si vivía o moría 2 Quería seguir viviendo 3 Nunca lo he hecho..... 88
P53. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	_____ veces Nunca lo he hecho..... 88
P54. ¿Qué edad tenías la primera o la única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho..... 88
P55. ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho..... 88
P56. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿Cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ Nunca lo he hecho 88
P57. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿Por qué lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ Nunca lo he hecho 88

158. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

¿Para qué lo hiciste?

(Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)

Nunca lo he hecho..... 88

159. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, pensaste que tu muerte era:

Segura: sabía que moriría 1
 Posible: no sabía si viviría o moriría..... 2
 Imposible: sabía que no moriría..... 3

Nunca lo he hecho..... 88

1510. Por esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

En consecuencia:

(Tacha cada opción con SI o NO, según corresponda)

En consecuencia:	SI	NO
a) Me llevaron a un hospital (Urgencias)	1	2
b) Recibi apoyo emocional profesional como: psicoterapia, talleres, etc.	1	2
c) Recibi apoyo emocional de un ser querido : familiar, amigo(a), etc.	1	2
d) No recibí apoyo	1	2

Otro: _____

Nunca lo he hecho..... 88

1511. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

Después buscaste ayuda, consejo o consuelo de:

(Tacha cada opción con SI o NO, según corresponda)

	SI	NO
a) Un familiar: papá, mamá, hermano(a), etc.	1	2
b) Un sacerdote, pastor, etc.	1	2
c) Un amigo(a) de la escuela	1	2
d) Un maestro(a) , orientadora, etc.	1	2
e) Un curandero, chamán, etc.	1	2
f) Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.	1	2
g) Un doctor, enfermera, etc.	1	2
h) NO BUSQUÉ AYUDA	3	

No lo he hecho..... 88

EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

A continuación hay una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado. Por favor tacha la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas te sentiste así o si te ocurrió casi a diario durante las ULTIMAS DOS

Durante cuántos días de las <u>DOS ÚLTIMAS SEMANAS</u> :	0 días	1 - 2 días	3 - 4 días	5 - 7 días	8 - 14 días
CD1. No tenía ganas de comer	0	1	2	3	4
CD2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
CD3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3	4
CD4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
CD5. Dormía pero sin descansar	0	1	2	3	4
CD6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
CD7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
CD8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
CD9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
CD10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
CD11. Dormía más de lo acostumbrado	0	1	2	3	4
CD12. Sentía que me movía muy lento(a)	0	1	2	3	4
CD13. Me sentía inquieto(a)	0	1	2	3	4
CD14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
CD15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
CD16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
CD17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
CD18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
CD19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
CD20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
CD21. Me molestaba por cosas que generalmente no me molestan	0	1	2	3	4
CD22. Sentía que era tan bueno(a) como los demás®	0	1	2	3	4

Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS :	0 días	1 - 2 días	3 - 4 días	5 - 7 días	8 - 14 días
CD03. Sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
CD04. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro®	0	1	2	3	4
CD05. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
CD06. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
CD07. Me sentía feliz®	0	1	2	3	4
CD08. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
CD09. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
CD10. Sentía que las personas eran poco amigables conmigo	0	1	2	3	4
CD11. Disfruté de la vida®	0	1	2	3	4
CD12. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
CD13. Me divertí mucho®	0	1	2	3	4
CD14. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
CD15. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
CD16. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
CD17. Sentía que mi familia estaba mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	2	3	4
CD18. Pensé en matarme	0	1	2	3	4
CD19. Sentía que me costaba mucho trabajo hacer las cosas	0	1	2	3	4

AYUDA, CONSEJO O CONSUELO

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
AP1. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas en la escuela?	1	2	3	4
AP2. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tu familia?	1	2	3	4
AP3. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tus amigos(as)?	1	2	3	4
AP4. ¿Tienes personas que te quieren realmente?	1	2	3	4

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
AP5. ¿Tienes un confidente; es decir, <u>alguien a quien le puedes contar todos tus secretos, hasta tus preocupaciones más íntimas?</u>	1	2	3	4
AP6. Si te llegaras a sentir deprimido(a) ¿Tienes quién te acompañe para buscar información y ayuda?	1	2	3	4
AP7. Si te llegaras a sentir con ganas de hacerte daño a propósito para tratar de quitarte la vida ¿Tienes quién te oriente y te acompañe para buscar ayuda?	1	2	3	4

<u>¿QUÉ TAN SEGUIDO....</u>	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
IM1. ... haces cosas arriesgadas, sólo porque son excitantes?	1	2	3	4
IM2. ... haces cosas impulsivamente?	1	2	3	4
IM3. ... corres riesgos?	1	2	3	4
IM4. ... haces lo que te gusta, sin pensar en las consecuencias?	1	2	3	4
IM5. ... te impacientas fácilmente con los demás?	1	2	3	4

Ahora contesta las siguientes preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas.

PC1. <u>CUÁNTAS VECES EN TU VIDA</u> has probado o consumido:	1 VEZ	2-4 VECES	5 o más VECES	NUNCA	PC2 Edad en que la probé por 1ª vez
a) Una copa completa de cerveza, vino, 'coolers', brandy, ron, 'piña colada'	1	2	3	4	_____años
b) Marihuana	1	2	3	4	_____años
c) Inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, 'monas'	1	2	3	4	_____años
d) Cocaína	1	2	3	4	_____años
e) 'Crack' o 'piedra'	1	2	3	4	_____años
f) 'Tachas'	1	2	3	4	_____años
g) Tabaco	1	2	3	4	_____años

PCS. EN EL ÚLTIMO MES ¿cuántas veces consumiste:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DÍAS
a) Marihuana	1	2	3	4
b) Inhalables	1	2	3	4
c) Cocaína	1	2	3	4
d) 'Crack' o 'piedra'	1	2	3	4
e) 'Tachas'	1	2	3	4
f) Te emborrachaste	1	2	3	4
g) Fumaste tabaco	1	2	3	4

Ahora, por favor contesta las siguientes preguntas para indicar ¿Qué tan de acuerdo...?				
QUÉ TAN DE ACUERDO...	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
AE1. Siento que soy una persona que vale, al menos como los demás ☺	1	2	3	4
AE2. Siento que tengo buenas cualidades ☺	1	2	3	4
AE3. En general me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
AE4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás ☺	1	2	3	4
AE5. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a) de mí	1	2	3	4
AE6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a) ☺	1	2	3	4
AE7. En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a) ☺	1	2	3	4
AE8. Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a)	1	2	3	4
AE9. A veces me siento inútil	1	2	3	4
AE10. A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada	1	2	3	4

Sigue contestando para indicar ¿Qué tan de acuerdo...?

QUÉ TAN DE ACUERDO...	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
LC1a. La suerte vale más que la inteligencia	1	2	3	4
LC2a. Tengo éxito en mi vida si soy simpático(a)	1	2	3	4
LC3. Mejoro mis calificaciones si me esfuerzo	1	2	3	4
LC4a. Los mejores estudiantes son los que tienen suerte	1	2	3	4
LC5a. Mi éxito depende de lo agradable yo que sea	1	2	3	4
LC6. Obtener lo que quiero depende de mí	1	2	3	4
LC7a. Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte	1	2	3	4
LC8a. Es importante caerle bien a la gente	1	2	3	4
LC9. Mis calificaciones dependen de mí	1	2	3	4
LC10a. Es mejor tener suerte que ser inteligente	1	2	3	4
LC11a. Mi éxito en la escuela depende de lo agradable que sea yo	1	2	3	4
LC12. El éxito depende de mí	1	2	3	4

EN LOS ULTIMOS 3 MESES:	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
1. Me he sentido presionado(a) para pelear con mis compañeros(as) de la escuela	0	1	2	3
2. He discutido con alguno(a) de mis maestros(as).	0	1	2	3
3. Me han suspendido por unos días en la escuela.	0	1	2	3
4. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) se ha burlado de mí o se ha querido pasar de listo(a).	0	1	2	3
5. He discutido o peleado con alguno(a) de mis mejores amigos(as).	0	1	2	3
6. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) me ha pedido que haga cosas que no quiero hacer (fumar, drogas, alcohol, etc.).	0	1	2	3
7. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) me ha dejado de hablar o me ha ignorado.	0	1	2	3
8. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha hecho un chisme de mí o ha contado mis secretos.	0	1	2	3
9. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha rechazado mis ideas.	0	1	2	3
10. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha querido abusar sexualmente de mí	0	1	2	3
11. Me he sentido mal porque me siento demasiado alto(a) o demasiado chaparro(a).	0	1	2	3
12. He sentido que soy feo(a) o poco atractivo(a)	0	1	2	3
13. He sentido que los demás se han aprovechado de mí	0	1	2	3
14. He sido criticado por mi forma de ser.	0	1	2	3
15. He sentido que le desagrado a la gente.	0	1	2	3
16. Me he sentido ofendido(a) cuando alguien me ha dicho que me he portado mal o que estoy equivocado(a).	0	1	2	3
17. He sentido que las personas que quiero, hieren mis sentimientos.	0	1	2	3

Cuando en los últimos 3 meses tuviste algún problema con tu papá/mamá/hermano(a), que haya afectado mucho tu vida ¿qué tan seguido...?	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
1. Le dejaste de hablar	1	2	3	4
2. Te enojaste, te peleaste	1	2	3	4
3. Te conformaste, no hiciste nada	1	2	3	4
4. Trataste de convencer, platicar	1	2	3	4
5. No le hiciste caso, lo(a) ignoraste	1	2	3	4
6. Te adaptaste, comprendiste	1	2	3	4
7. Le gritaste, expresaste tu coraje	1	2	3	4
8. Te sentiste triste, lloraste	1	2	3	4

Muchos estudiantes como tú tienen diversas formas de pasar el **TIEMPO LIBRE**. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que te pueden gustar para pasar el rato. Por favor indica ¿Qué tan seguido durante la **ÚLTIMA SEMANA**...?:

EN LA ÚLTIMA SEMANA:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DIAS
E1. Salí con mis amigos(as)	1	2	3	4
E2. Jugué algún videojuego	1	2	3	4
E3. Jugué algún juego de mesa, como baraja, dominó, etc.	1	2	3	4
E4. Escuché música	1	2	3	4
E5. Vi la televisión	1	2	3	4
E6. Estuve en 'facebook', 'twitter', etc	1	2	3	4
E7. Estuve enviando mensajes con el celular	1	2	3	4
E8. Fui al cine, a tomar un café	1	2	3	4
E9. Leí alguna revista, libro, 'comic', etc.	1	2	3	4
E10. Fui a un concierto, 'tocada', etc.	1	2	3	4
E11. Jugué fútbol, básquet, etc.	1	2	3	4
E12. Fui a una fiesta, baile, convivio o tardeada.	1	2	3	4
E13. Me reí a carcajadas	1	2	3	4

¿Cuál es el mejor chiste que te han contado?

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Si después de haber contestado este cuestionario tienes algunas inquietudes sobre tus sentimientos y conductas puedes llamar a alguna de las instituciones que te proporcionamos en la *GUÍA DE RECURSOS* que te entregamos en el día de hoy.