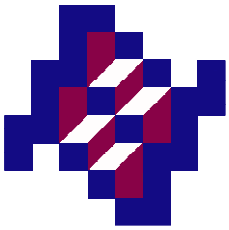
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



DETECCIÓN DE RIESGO PARA CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN DE 12 A 17 AÑOS A TRAVÉS DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE TAMIZAJE POSIT EN MONTE DE HOYOS, ROMITA, GUANAJUATO EN 2010.

Alumno: Guiza Hernández Irvyng Alberto
Telefono: 473-7310080
Correo electrónico: dr.albertoguiza@gmail.com

Maestría en Salud Pública en Servicio.
Generación 2008-2010

Tutor regional: Maestro en Salud Pública, Armando Pérez Cabrera
Director del Área de Salud Pública del
Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Guanajuato, Gto. 2010.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN……………………………………………………………………………………………3

2.- ANTECEDENTES……………………………………………………………………………………………4

3.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL………………………………………………………………………12

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……………………………………………………………………17

5.- JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN………………………………………………………………19

6.- OBJETIVOS……………………………………………………………………………………………………20

7.- MATERIAL Y MÉTODOS……………………………………………………………………………………20

8.- ESTUDIO DE FACTIBILIDAD………………………………………………………………………………25

9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS………………………………………………………………………………31

10.- RESULTADOS.…………………………………………………………………………………………………32

11.- DISCUSIÓN.……………………………………………………………………………………………………37

12.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……………………………………………………………39

13.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO……………………………………………………………………………39

14.- BIBLIOGRAFÍA…………………………………………………………………………………………………40

15.- ANEXOS……43

1.- INTRODUCCIÓN.

Las drogas ó psicoactivos son toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto sobre el sistema nervioso central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones[1].

Todas las sustancias psicoactivas pueden ser nocivas para la salud, dependiendo de la cantidad, modo y frecuencia de su consumo.

El consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno inesperado, debido a sus efectos placenteros, a la presión de los compañeros y al contexto social de su consumo. El hecho de probar estas sustancias no conduce necesariamente a la dependencia, pero cuanto mayor sea la frecuencia y la cantidad consumida, mayor es el riesgo de volverse dependiente.

La transición demográfica, socioeconómica y cultural que se ha venido gestando en nuestro país desde los años cuarenta del Siglo XX, corresponde una transición epidemiológica sin referente en el caso del uso y abuso de drogas, sean éstas legales, como el alcohol y el tabaco, o ilegales como la mariguana, la cocaína, la heroína y las metanfetaminas, entre otras, o bien drogas médicas utilizadas sin prescripción. La adicción a estas sustancias se fue convirtiendo en un problema emergente de salud, pero no fue sino hasta 1997 que se les incluyó entre las prioridades de atención en la Secretaría del ramo, tanto por el daño directo que ocasionan en la salud individual, familiar y al tejido social, como por la carga económica que representan para su atención en los servicios de salud.

La experimentación con alcohol y drogas durante la adolescencia es común. Desafortunadamente, los adolescentes no visualizan la relación entre sus acciones y las consecuencias a futuro. El uso de alcohol a una edad temprana tiene efectos negativos a la salud y mientras que algunos adolescentes experimentarán y detendrán ó continuarán su uso sin problemas significativos, otros desarrollarán dependencia, y con ello al uso de sustancias más peligrosas.

Además del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, México empieza a enfrentar un problema serio de consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas. Aunque hay un problema particularmente serio en la frontera norte, el consumo de drogas afecta ya a todas las entidades federativas y todos los grupos de población.

El objetivo de este trabajo es detectar la presencia de factores de riesgo para consumo drogas en los adolescentes de 12 a 17 años de Monte de Hoyos, comunidad rural del Estado de Guanajuato, que factores se presentan con mayor frecuencia y si estos son similares a los de una población de adolescentes pero de un entorno urbano del norte de México, detectados en un estudio conducido en 2004.

2. ANTECEDENTES

2.1 Diagnóstico integral de salud

Monte de Hoyos es una localidad ubicada a 1750 metros de altitud y se ubica en latitud 20.81 y longitud -101.66, el clima es semicálido subhúmedo con lluvias en verano, con una precipitación anual de 705.8 mm., pertenece al municipio de Romita en el Estado de Guanajuato [Fig.1].

La flora es principalmente cactácea y forrajera, y la fauna está compuesta por especies pequeñas de mamíferos, reptiles y aves de rapiña.

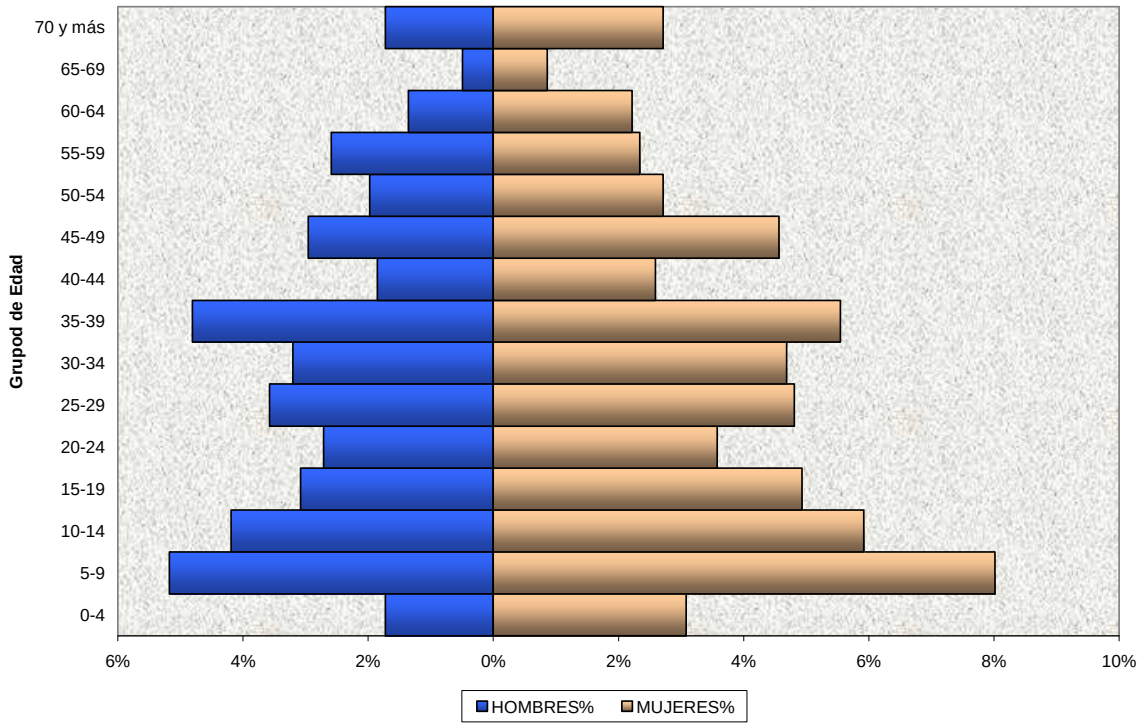
La principal actividad económica es la agricultura[32].

Fig. 1 Mapa Satelital de Monte de Hoyos, Romita, Gto. Fuente: www.googlemaps.com

El cuadro I muestra la distribución por quinquenios y sexo de Monte de Hoyos representados en una pirámide poblacional, se observa que predomina el sexo femenino y los quinquenios más grandes son el de 5-9 años y de 35 a 39 años:

Cuadro I.

PIRÁMIDE POBLACIONAL MONTE DE HOYOS 2009



FUENTE: Diagnóstico Integral de Salud de Monte de Hoyos 2009.

2.2. Daños a la salud

LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS PUEDEN AGUDIZARSE POR EL TABAQUISMO Y OTRAS DROGAS INHALADAS

Morbilidad

En el periodo enero diciembre 2009 la primera causa de enfermedad en todos los grupos de edad son las infecciones respiratorias agudas y principalmente el grupo de edad escolar, el segundo padecimiento son las Infecciones Intestinales y Otras Mal Definidas, aquí el grupo más afectado son los menores de cinco años, las infecciones de vías urinarias y la candidiasis se encuentran en tercer y cuarto lugar respectivamente afectando en particular al grupo de mujeres en edad reproductiva, cabe destacar que si bien no son la mayoría de los casos, hubo casos de notificación inmediata y estudio epidemiológico como es Hepatitis “A” en menores y escolares y Displasia cervical en mujeres de 20 a 64 años. Se presentaron 3 casos de Intoxicación por Picadura de Alacrán en el grupo de edad económicamente activo y 3 mordeduras por perro en menores, escolares y una en un adulto mayor. La morbilidad total de 4 años previos y tomando solo las cinco primeras causas, muestra que las dos primeras causas son las mismas que en 2009 Cuadros II y III.

Cuadro II. Morbilidad de Monte de Hoyos Romita, Gto, periodo enero diciembre 2009.

Padecimientos	Menores de 5 años	5 a 14 años	15 a 19 años	20 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más	TOTAL
Infecciones Respiratorias Agudas	**287**	**395**	**73**	**134**	**76**	**26**	**991**
Infecciones Intestinales por otros patógenos	**25**	**11**	**0**	**6**	**2**	**2**	**46**
Infecciones de Vías Urinarias	**0**	**3**	**2**	**16**	**0**	**0**	21
Candidiasis Urogenital	**0**	**0**	**0**	**7**	**1**	**0**	8
Úlceras, Gastrítis y Duodenitis	**0**	**1**	**2**	**4**	**1**	**0**	8
Diabetes Mellitus Tipo 2	**0**	**0**	**0**	**2**	**2**	**1**	5
Hepatitis Agúda Tipo A	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**
Displasia Cervical Leve y Moderada	**0**	**0**	**0**	**2**	**2**	**0**	**4**
Intoxicación Por Picadura de Alacrán	**0**	**0**	**1**	**2**	**0**	**0**	3
Mordeduras por Perro	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	3

FUENTE: SUAVE 2009.

Cuadro III. Primeras cinco causas de enfermedad en Monte de Hoyos, Romita, Gto. en el periodo 2005-2009.

	2005	Casos	2006	Casos	2007	Casos	2008	Casos	2009	Casos
Primera Causa	Infecciones Respiratorias Agudas	444	Infecciones Respiratorias Agudas	403	Infecciones Respiratorias Agudas	440	Infecciones Respiratorias Agudas	622	Infecciones Respiratorias Agudas	991
Segunda Causa	Infecciones Intestinales	35	Infecciones Intestinales	33	Infecciones Intestinales	33	Infecciones Intestinales	95	Infecciones Intestinales	46
Tercera Causa	Candidiasis Urogenital	13	Infecciones Intestinales debidas a Protozoarios	14	Infección de Vías Urinarias	22	Otitis Media Aguda	20	Infección de Vías Urinarias	21
Cuarta Causa	Neumonías y Bronconeumonías	11	Displasia Cervical Leve y Moderada	8	Hipertensión Arterial	12	Úlcera, Gastrítis y Duodenitis	17	Úlcera, Gastrítis y Duodenitis	8
Quinta Causa	Diabetes Mellitus Tipo 2	7	Úlcera, Gastrítis y Duodenitis	8	Diabetes Mellitus Tipo 2	7	Mordedura de Perro	11	Candidiasis Urogenital	8

FUENTE: SUAVE 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.

Mortalidad

El Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) registró dos defunciones en el año 2005, una en 2006 al igual que en 2007, cuatro en 2008 y durante 2009 no se registraron defunciones, el cuadro IV muestra las causas de muerte por edad, sexo y año.

Cuadro IV. Causas de mortalidad en Monte de Hoyos, Romita, Gto. durante el periodo 2005-2009.

Año	Edad	Sexo	Causa 1	Causa 2	Causa 3
2005	82	M	CAQUEXIA SENIL		
	84	F	NEUMONIA	FRACTURA INTROSEFALICA	
2006	71	M	EFISEMA PULMONAR	TABAQUISMO	
2007	94	M	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	GASTROENTERITIS INFECCIOSA	NEUMOPATIA OBSTRUCTIVA CRONICA
2008	64	F	CANCER CERVICO UTERINO		
	95	M	DESNUTRISION MARASMATICA	ANEMIA CRONICA	VEJEZ
	98	M	GASTROENTERITIS	DESHIDRATACION	
	61	F	BRONCONEUMONIA AGUDA	DIABETES MELLITUS II	HIPERTENSION ARTERIAL
2009	NO SE REPORTARON DEFUNCIONES				

FUENTE: SEED 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.

2.3. Recursos y servicios

Los servicios de salud de primer nivel del CAUSES se ofertan en la UMAPS (Unidad Médica de Atención Primaria) Monte de Hoyos, esta cuenta con un consultorio, área para curaciones, área para atención de partos, 2 camas para observación, área de hidratación oral y medicina preventiva, almacén de medicamentos, cocina y habitación del médico pasante. El 100% de las familias de Monte de Hoyos se encuentran afiliadas al Seguro Popular.

Cuenta con un médico pasante de servicio social año con año, y dos enfermeras, la unidad inmediata de referencia es el Hospital Comunitario de Romita, un híbrido entre el primero y segundo nivel de atención, este a su vez pertenece a la red Silao que cuenta con un Hospital General de 30 camas sin embargo la mayoría de las referencias y traslados se realizan por medio de la unidad Romita al Hospital General Guanajuato, al Hospital Materno Infantil de León y al Hospital Regional de León, ellos a su vez cuentan con referencia a un tercer nivel de atención en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Los traslados se realizan en la ambulancia del Hospital Comunitario ó a través del Sistema de Urgencias del Estado de Guanajuato (SUEG).

El servicio de estomatología se otorga en la cabecera municipal Romita.

La medicina tradicional (Remedios Caseros) aún se practica, pero solo para padecimientos de baja complejidad, la población es consciente de este hecho, no existen parteras en esta comunidad.

Como respuesta a las necesidades de atención y transporte en horarios donde no hay atención médica y se presenta alguna urgencia, existen personas que al tener vehículo ofrecen su ayuda, sin embargo en ocasiones no se presta esta ayuda ó se deja de dar al esperar retribución económica, es así que los habitantes solicitan reiteradamente dar una solución a esta problemática.

Se refiere que durante el periodo del 2000 al 2003 existió una disputa entre autoridades y la comunidad con respecto a la administración y gratuidad del agua de los pozos, finalmente se acordó dar el servicio a toda la población pero apoyando a las familias que lo requieran, el pago es únicamente por la infraestructura.

Dentro de la comunidad también existen grupos de ayuda mutua y un Comité de Salud integrado por miembros de la población y el personal de salud quienes ayudan identificar las necesidades de la misma, actualmente existe preocupación en lo que a adicciones se refiere.

En ocasiones se ha dado el fenómeno de que el resto de la población se muestra reacia a las observaciones del comité por la falsa creencia de que los miembros reciben remuneración económica cuando son actividades voluntarias.

En Monte de Hoyos hay un total de 158 hogares. De estos 158 viviendas, 19 tienen piso de tierra y unos 21 consisten de una sola habitación, 122 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 158 son conectadas al servicio público, 150 tienen acceso a la luz eléctrica.

Monte de Hoyos se encuentra a pie de la carretera Romita Silao, los medios de transporte disponibles son vehículos particulares, autobús y taxi[32].

2.4. Resultados y conclusiones

Uno de los principales problemas de salud de Monte de Hoyos son las infecciones respiratorias agudas en los menores y escolares, al igual que las enfermedades diarreicas pero en menor grado, aquí encontramos que además de que la edad es un determinante endógeno, algunos relacionados al entorno como la falta de pavimentación y la disposición inadecuada de basura, contribuyen a que exista mayor contaminación y exposición aérea a irritantes de las vías áreas en los grupos susceptibles. Los servicios de salud también juegan un papel en este aspecto, ya que al no darse consulta por la tarde y noche ó en fin de semana, los pacientes al no contar la mayor parte de las veces con transporte a un segundo nivel de atención dejan pasar tiempo que contribuye a que este tipo de padecimientos se compliquen, sabemos que los menores son más susceptibles a este proceso. La educación también tiene un papel importante, ya que si las madres desconocen las medidas preventivas no las llevaran a cabo.

Cabe destacar también que en el grupo de mujeres de 20 a 44 años se presentan la mayoría de las infecciones de vías urinarias y candidiasis urogenital, nuestro instrumento primario sirve para encontrar un patrón relacionado a las mujeres con vida sexual activa, aunado a un estilo de vida con pocos hábitos higiénicos nos llevan a pensar en estos como determinantes, existen casos de displasia cervical, tratadas con oportunidad, sin embargo existe en 2008 un fallecimiento por Cancer cervicouterino.

Existen casos de Hepatitis viral “A” en menores y escolares, la edad se podría relacionar a estilos de vida y de entorno, se repite de igual forma la relación con malos hábitos higiénicos y educación, la disposición inadecuada de basura se repite y las excretas de animales al aire libre junto con la falta de drenaje en algunas viviendas también contribuyen.

Los casos de picadura de alacrán, aunque pocos, están relacionados a actividades como la agricultura, la falta de calzado adecuado y guantes durante las siembras y cosechas por el bajo ingreso económico contribuyen a que se presenten estas incidencias.

La alimentación juega un papel importante en padecimientos como la presencia de gastritis y enfermedades crónico-degenerativas, ya que el consumo de alimentos chatarra es aceptado por el 100% de la población, esto predispone a también a obesidad y posteriormente al desarrollo de Diabetes Mellitus, si bien los casos nuevos solo se presentaron en dos años, a futuro podrían existir más casos, sobre todo si la alimentación de los hijos de estas personas continúa siendo inadecuada.

La existencia de perros y la falta de responsabilidad de sus dueños al no mantenerlos dentro de sus casas y dejarlos que deambulen por toda la comunidad, predisponen a que estos ataquen a los niños que juegan.

El Diagnóstico Integral de Salud (DIS) 2009 nos da a conocer que las adicciones son un problema percibido por la población, al presentarse a edades tempranas y que lamentablemente son personas que no se acercan a los servicios de salud para solicitar tratamiento probablemente porque ellos no quieren acudir por la falta de promoción y de ecuación en las aulas acerca de los riesgos que conlleva este tipo de conductas, otro factor es el contacto con familiares que han emigrado a Estados Unidos, se refiere durante la asamblea. Los ingresos bajos y la poca oferta laboral contribuyen a que las personas busquen trabajo fuera del país.

La Disposición inadecuada de la basura por falta de contenedores y servicio de recolección, ocasiona que esta se exponga al aire libre en las calles ó que se acumule y propicie la generación de fauna nociva, que como sabemos puede ser un factor determinante en la génesis de enfermedades intestinales, de igual forma, el hecho de que la basura se queme puede generar irritación de las vías respiratorias y con esto contribuir a la presentación de infecciones de vías respiratorias, aunado a lo anterior, la población carece de una cultura de reciclaje. Se trata de un problema que tiene factibilidad de intervención, porque cumple los cinco criterios, sobre todo la aceptabilidad por parte de la población. Además es posible gestionar a través del Comité de Salud ante la Presidencia Municipal, el apoyo económico necesario para la adquisición de contenedores de basura y el paso de un camión recolector por lo menos un vez cada una ó dos semanas, con las autoridades escolares también se puede crear una intervención de promoción para el manejo adecuado de la basura.

Como resultado de la actividad económica, y el acercamiento a ciudades, la accesibilidad de los medios además de la migración, se presentan las adicciones como un problema importante relacionado a los cambios de un estilo de vida de tipo rural a uno con características de un medio urbano.

El personal médico existente en la unidad de salud, responde a una planeación de recursos de acuerdo al tamaño de la población, se ofertan servicios básicos y se cuenta con una red de servicios, sin embargo, las distancias y el acceso limitado a vehículos, sobre todo en fines de semana, ocasiona que la percepción de la población es que el personal médico existente es insuficiente para atender sus necesidades, ya sea reales ó sentidas.

Es así, a través del DIS 2009 encontramos cinco problemas que repercuten en el estado de salud de la población:

- Mal manejo de animales domésticos.
- Falta de pavimentación.
- Disposición inadecuada de basura.
- Adicciones en adolescentes.
- Horario de atención limitado del Centro de Salud.

2.5. Priorización

Una vez que se conocen los principales problemas relacionados con la salud de la comunidad de Monte de Hoyos, estos fueron expuestos ante el Comité de Salud de la comunidad y el Delegado, se les explicó el origen de cada uno de ellos, además la factibilidad de realizar una intervención, lo anterior a través de una matriz de priorización y con el Método Hanlon[14], el cual utiliza la siguiente escala de valoración:

A: Magnitud del Problema
Número de personas afectadas respecto a la población total.
Puntuación de 0 a 10.

50 % o más: 10
5 % a 49.9 %: 8
0.5 % a 4.9 %: 6
0.5 % a 0 %: 4

B: Severidad o gravedad del problema
Factores: repercusión, costos asociados, etc.
Puntuación 0 a10

C: Eficacia de la solución
Capacidad real para alterar el problema
Puntuación de 0.5 a 1.5.

D: Factibilidad de la solución (viabilidad de la solución)

D.1: Pertinencia (Si = 1, No = 0)
D.2: Factibilidad económica (Si = 1, No = 0)
D.3: Aceptabilidad (Si = 1, No = 0)
D.4: Disponibilidad de recursos. (Si =1, No = 0)
D.5: Legalidad (Si = 1, No = 0)

Fórmula: ((A+B)+C)*(D1*D2*D3*D4*D5)

Con esta herramienta y conociendo los principales problemas de salud a través del DIS 2009, En la medida en que el resultado del componente es multiplicado por el resto de la formula (A+B) C x D, es obvio que la obtención de un cero, fundamentalmente cuando la solución es inapropiada, demasiado costosa, inaceptable, ilegal o no hay suficientes recursos, elimina de entrada el problema cuya factibilidad es así valorada.

Es así que nuestra prioridad son las Adicciones en Adolescentes Cuadro V.

Cuadro V. Matriz de Priorización a través de método Hanlon de los problemas de salud del DIS Monte de Hoyos 2009

Problema	A	B	C	D1	D2	D3	D4	D5	TOTAL
Mal manejo de animales domésticos	***10***	***5***	***1***	***1***	***1***	***0***	***1***	***1***	***0***
Falta de pavimentación	***10***	***7***	***0.5***	***1***	***0***	***1***	***1***	***1***	***0***
Disposición inadecuada de basura	***10***	***8***	***1***	***1***	***1***	***0***	***1***	***1***	***0***
Adicciones en adolescentes	***8***	***7***	***1***	***1***	***1***	***1***	***1***	***1***	***16***
Horario de atención limitado en Centro de Salud	***10***	***6***	***1***	***1***	***0***	***1***	***0***	***1***	***0***

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 Neurofisiología de la adicción

Se han realizado numerosas investigaciones usando modelos animales e imagenología funcional del cerebro humano para poder definir los mecanismos que intervienen a nivel cerebral con relación a las adicciones, donde se involucran cambios sinápticos ó neuroplasticidad[15]. Se ha encontrado que el uso agudo ó recreacional de la mayoría de las drogas psicoactivas ocasionan la liberación y acción prolongada de la dopamina y serotonina dentro del circuito de recompensa y gratificación[31].

Casi todas las drogas adictivas, directa ó indirectamente, apuntan al sistema de recompensa, inundando el circuito con dopamina. Mientras una persona continúa sobre-estimulando el circuito de recompensa, el cerebro se adapta a la sobrecarga de dopamina produciendo menos ó reduciendo el número de receptores en el circuito de recompensa. Como resultado, al disminuir la función del circuito de recompensa, la habilidad del adicto para sentir placer con cosas que antes lo hacían, disminuye. Esta disminución lleva al adicto a incrementar su consumo de droga para volver a sentir placer, esto se llama tolerancia. El desarrollo de tolerancia puede conducir a cambios profundos en los circuitos neuronales, con el potencial para causar un compromiso severo de la salud mental al conducir a depresión y el incremento de conductas adictivas[30].

Comprender como el aprendizaje y el comportamiento actúan en el circuito de recompensa, ayuda a comprender la acción adictiva de las drogas. La adicción se

caracteriza por una fuerte conducta en la que el adicto busca constantemente obtener droga a pesar de las consecuencias[21]. Las drogas producen una recompensa que es la euforia a consecuencia de los niveles sostenidos de dopamina en la sinapsis.

La neuroplasticidad es el mecanismo detrás del aprendizaje y la memoria. Incluye cambios físicos en la sinapsis entre dos neuronas comunicantes, se caracteriza por una expresión genética incrementada, alteración del señalamiento celular y la formación de nuevas sinápsis. Cuando una droga se encuentra presente en el organismo, pareciera secuestrar este mecanismo en el sistema de recompensa y entonces la motivación se enfoca en la administración de droga en lugar de estímulos naturales[31].

Una vez que la persona ha hecho la transición del uso de una droga a la adicción, el comportamiento se enfoca completamente hacia la búsqueda de droga, e incluso los adictos señalan que la euforia no es igual de intensa que en un inicio. A pesar de las diferentes acciones de las drogas durante su uso agudo, la vía final de las adicciones es la misma. Otro aspecto de la adicción es la respuesta disminuida a estímulos biológicos normales como comida, sexo e interacción social[21].

Antes de que la persona se vuelva adicta y exhiba un comportamiento como tal, existe un periodo limitado en el que este efecto es reversible. La adicción ocurre cuando se exhibe el comportamiento enfocado a buscar droga y persiste la vulnerabilidad a recaídas a pesar del abandono prolongado; estos cambios conductuales son atribuidos a cambios neuroplásticos que se deben a la exposición constante a la droga y son relativamente permanentes[31].

El alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas incrementan la afinidad del receptor GABA. Los narcóticos como la morfina y heroína mimetizan las endorfinas (químicos naturales producidos por el cuerpo que tienen efectos similares a la dopamina) ó incapacitando las neuronas que normalmente inhiben la liberación de dopamina facilitando la relajación y alivio de dolor, estas se consideran sustancias depresoras.

Las anfetaminas, nicotina y cocaína, incrementan la captación de dopamina en el circuito de recompensa al estimular directamente su liberación ó al bloquear su absorción. Estas sustancias incrementan el estado de alerta y ocasionan sensaciones placenteras como la euforia, por lo que se consideran sustancias estimulantes. Una vez que estos efectos pasan, el usuario puede sentirse deprimido y querer otra dosis y empeorar con ello su adicción[15].

3.2 Resultados de Encuestas Nacionales

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 señala que más hombres (22.7%) que mujeres (7.8%) están expuestos al consumo a drogas.

La incidencia acumulada para el uso de cualquier droga en población total de 12 a 65 años a nivel nacional es de 5.7% y en el estado de Guanajuato es de 6.9%.

En Hombres la media nacional es del 9.1% y en el estado de Guanajuato es del 8.8%, por debajo de la media nacional.

En Mujeres es la media nacional del 2.6% y en el estado de Guanajuato es del 5.2%, por arriba de la media nacional.

La probabilidad de progresar hacia el uso y a la dependencia es mayor cuando la exposición a drogas ocurre durante la adolescencia y los problemas emocionales entre los jóvenes incrementan el riesgo de que incurran en el consumo de drogas.

Los datos de la ENA 2008 también indican que entre las mujeres, el consumo crece en mayor proporción que entre los hombres, que los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo y que las generaciones actuales están más expuestas a la oportunidad de usar drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción mayor que las generaciones anteriores[17].

3.3. Teoría Para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes

En 1991 Richard Jessor comienza el desarrollo de su Teoría Para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes, y apoyándose en la Teoría Conductual del Desarrollo que postula que para comprender el fenómeno de las adicciones en los adolescentes es necesario analizar no solo a la persona sino también el contexto en el cual se desarrolla por lo cual inicia la inclusión de múltiples variables que previamente no eran tomadas en cuenta.

Su Teoría se caracteriza por una interacción entre distintos elementos que se pueden caracterizar en Factores de Riesgo y Protección así como Conductas de Riesgo y Resultados de Riesgo.

Jessor también ha dado su definición de riesgo: “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente”, esta teoría señala que se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos.
De esta forma queda claro que entre más temprano se tenga contacto con sustancias psicoactivas y si además existen factores de riesgo, es mayor la probabilidad de que se desarrolle una adicción con las consecuencias a la salud física y mental, por lo que si estos factores se detectan antes del contacto con la

sustancia psicoactiva o cuando es reciente este evento, se podría prevenir el desarrollo de una adicción[1].

En 1994, un estudio retrospectivo que toma como base los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 1988, y ante el creciente número de adolescentes que presentaban consumo de drogas, tuvo como objetivo conocer los factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de la ciudad de México, y concluyó que aunque en el estudio no se puede hablar de causalidad, si se puede tener un acercamiento a los factores de riesgo que podrían estar involucrados, y citando a Climent, se menciona que estos deberán analizarse tomando en cuenta el entorno familiar y que sin embargo la mayoría de factores asociados externos también pueden influir en el desarrollo de consumo de drogas[2].

En una publicación de 1999 que estudia los resultados del monitoreo epidemiológico de consumo de drogas realizada en otoño de 1997, se muestran las prevalencias de consumo de drogas en adolescentes (12 a 22 años) de la ciudad de México y aunque el estudio se enfoca principalmente en dar a conocer dichos resultados, principalmente el cambio en las preferencias de consumo y el incremento del consumo en mujeres de dicho grupo de edad, se habla de factores de riesgo y protección asociados al nivel educativo y entorno escolar [4].

En 2004, se publican los resultados de un estudio descriptivo, transversal y correlacional, de una muestra de 301 alumnos con un rango de edad entre los 11 y 13 años, de sexto grado de la comunidad urbana de Chiguayante, Brasil, en el cual se presenta el consumo en dicha muestra, de drogas lícitas e ilícitas, sin embargo aquí se relaciona ya a factores como la salud mental del adolescente y se resalta la importancia de realizar investigaciones destinadas a elaborar instrumentos que permitan la detección cada vez más precoz de circunstancias favorables al consumo, además de aquellas que evalúen el impacto de las diversas formas de prevención y tratamiento [6].

Un estudio realizado en la región central de Venezuela en adolescentes de 12 a 17 años (matriculados en algún grado escolar) durante el periodo 2002-2003, tuvo por objetivo identificar factores de riesgo asociados al uso de drogas lícitas e ilícitas a través del cuestionario denominado Drug Use Screening Inventory (DUSI) para Adolescentes versión Venezuela. Se concluye que las áreas de familia, salud mental, recreación y conducta con riesgo alto asociado al uso de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes adolescentes de ambos sexos, ocurren preferencialmente cuando ya presentan problemas más acentuados, y se sugiere que estos individuos presentan mayor probabilidad de presentar futuros problemas y necesariamente deberían ser identificados precozmente, sin embargo se hace mención de la necesidad de realizar estudios ulteriores y con metodologías diferentes para comprender el aumento del problema observado [7].

En el ámbito nacional, se publica en 2003 un estudio transversal en el ciclo escolar 1998-1999, en el estado de Morelos, en una muestra probabilística de estudiantes

de entre 11 a 24 años de edad, enfocado principalmente a conocer la frecuencia de consumo, sin embargo se menciona al contacto a temprana edad con drogas lícitas como un posible factor de riesgo y se recomienda al igual que en los estudios mencionados previamente, la necesidad de realizar mayores esfuerzos para prevenir tal problemática [8].

Un estudio realizado en la ciudad de Toluca para conocer la prevalencia de consumo de drogas en población adolescente, señalan a factores de riesgo en áreas de la salud mental y el estilo de vida, sin embargo el estudio se limita a mujeres de 15 a 20 años de edad, se menciona que el instrumento utilizado fue Inventario de Riesgo-Protección Para Adolescentes (IRPA), sin embargo, no se da la temporalidad del estudio, solo se conoce que fue publicado en 2005 [9].

En el periodo 2005-2006 en el Estado de Morelos, se conduce estudio cuyo objetivo es evaluar la relación entre el consumo de drogas e función del consumo de tabaco, se menciona también el aspecto de la salud mental del adolescente como un factor para el inicio en el consumo de drogas y no solo de tabaco [11].

Un trabajo de investigación publicado por la Universidad Autónoma de Nuevo León en 2004, utilizó el cuestionario POSIT (The Problem Oriented Screening for Teenagers) elaborado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) para medir factores de riesgo individuales e interpersonales. En este caso el objetivo fue determinar los factores de riesgo individuales de salud mental y conducta agresiva que influyen el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes de bachillerato, así como su relación con edad y grado de escolaridad, el estudio fue descriptivo y correlacional, con una muestra de 259 participantes, con un rango de edad de 15 a 18 años, los resultados muestran que los factores de riesgo relacionados con salud mental y conducta agresiva tienen un mayor índice en mujeres (y aún más en estudiantes de primer grado) y hombres respectivamente [5].

En 2007, en un estudio descriptivo y correlacional en adolescentes de 15 a 20 años pertenecientes a pandillas de la ciudad de Monterrey, se determina que las relaciones de este grupo poblacional, con sus padres y con amigos, influyen directamente en el inicio de consumo de drogas, ya que estos dan mayor importancia a estos últimos que a su familia, se concluye que la edad, escolaridad y relaciones con amigos son indicadores clave. En este estudio se utilizaron dos instrumentos, uno de ellos fue el cuestionario POSIT [12].

El cuestionario POSIT es un cuestionario que consta de 139 reactivos que evalúa 10 áreas del funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas, las cuales son: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, conducta agresiva-delictiva, entretenimiento y recreación, salud física y habilidades sociales. Un estudio publicado en 1998 en México para validar dicho cuestionario, señala que las siete primeras áreas mencionadas funcionan adecuadamente para detectar riesgo para consumo de drogas, y que las últimas tres no pueden utilizarse en adolescentes mexicanos por quedar con un número

reducido de reactivos y existir poca consistencia entre ellos (valores alfa menores a 0.50). También se sugiere que el cuestionario no solo se aplique en aquellos individuos en los cuales se sospecha riesgo y se utilice en diferentes entornos con la finalidad de detectar el riesgo oportunamente [29].

El Modelo de Atención UNEME–CAPA Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida", señala al POSIT como instrumento de tamizaje para detección de riesgo para consumo de drogas en adolescentes, este fue adaptado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y consta de 81 preguntas estructuradas y evalúa las siete áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes mencionadas previamente como adecuadas para tal fin [28].

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el apartado previo, queda expuesto que las adicciones representan un problema de Salud Pública en nuestro país, que los adolescentes son el grupo de edad más afectado, y que existen factores de riesgo, que si son detectados tempranamente podrían prevenir el desarrollo de una adicción y las consecuencias que derivan de las mismas [Cuadro VI].

Monte de Hoyos es una comunidad rural, que sin embargo no está exenta de la problemática de las adicciones, esto lo sabemos por las conclusiones diagnósticas del Diagnóstico Integral de Salud, ya que aunque el tamizaje de adolescentes es parte de las estrategias del Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones, esta actividad, hasta el momento, está limitada a los Centros Nueva Vida, a los cuales acuden los pacientes ó interesados de forma voluntaria ó referida, y al no realizarse dicha acción en Monte de Hoyos, no existe información oficial disponible referente al número de adolescentes en riesgo de presentar consumo de drogas, ni que factores de riesgo son los que están presentes, de aquí surge la interrogante:

¿Existen factores de riesgo para consumo de drogas en la población adolescente de Monte de Hoyos?

Existen estudios a los cuales ya hicimos referencia que han abordado que factores de riesgo influyen en los adolescentes para iniciar el consumo de drogas, sin embargo todos ellos se han realizado en entornos urbanos y por este motivo no existe certeza si los factores asociados a las poblaciones de este tipo de entorno, son similares a los de una población rural, y por ende el abordaje preventivo no sería el mismo, en caso de que estos estén presentes, *¿Son los factores de riesgo para consumo de drogas en adolescentes de una población rural similares a los de un entorno urbano?*

El tamizaje realizado en los Centros Nueva Vida, utiliza como instrumento, al cuestionario POSIT, de acuerdo al cual derivan más preguntas a resolver si se detectan factores de riesgo en la población adolescente de Monte de Hoyos:

¿En qué edad y sexo hay más presencia de factores de riesgo?, ¿Cuál ó cuales son los factores predominantes?, ¿Qué factor se presenta mayormente en mujeres y cual en hombres?, ¿Existe consumo de drogas como factor de riesgo para desarrollo de adicciones en la población adolescente de Monte de Hoyos?

Cuadro VI. Las adicciones y sus problemas secundarios a nivel individual, poblacional y de sistemas y servicios de salud.

<table>
<tr><th>Problema principal</th><th>Individuales</th><th>Poblacionales</th><th>A nivel de sistemas y servicios de salud</th></tr>
<tr><td>Adicciones</td><td>Aumento de riesgos a la salud</td><td>Población Potencialmente Productiva se Volverá Inactiva</td><td>Aumento del gasto en la atención de complicaciones por consumo</td></tr>
<tr><td colspan="4">Problemas Secundarios</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Violencia intrafamiliar</td><td>Depresión</td><td rowspan="3">Población Potencialmente Productiva se Volverá Inactiva</td><td rowspan="8">Aumento en la demanda de servicios</td></tr>
<tr><td>Lesiones físicas</td></tr>
<tr><td>Suicidio</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Inseguridad y robos</td><td>Lesiones físicas</td><td rowspan="2">Capacidad rebasada del Sistema de Ejecución Penitenciaria</td></tr>
<tr><td>Pérdidas materiales</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Reclutamiento de adolescentes para actividades de narcomenudeo</td><td rowspan="2">Abandono de estudios</td><td>Pérdida de población potencialmente productiva</td></tr>
<tr><td>Aumento de integrantes del crimen organizado</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Accidentes viales</td><td>Lesiones físicas</td><td rowspan="2">Pérdida de población productiva</td></tr>
<tr><td>Muerte</td></tr>
<tr><td>Pérdidas materiales</td><td>Aumento del gasto público</td></tr>
</table>

5. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, y el consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas son algunos de los estilos de vida poco saludables que, en conjunto con el desarrollo de otros riesgos del entorno, constituyen importantes riesgos a la salud que en los años recientes han modificado drásticamente el panorama epidemiológico de nuestro país[17].

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) ha planteado combatir estos riesgos con la decidida promoción de estilos de vida saludables, dirigidos tanto a los grupos en mayor riesgo como a la población general, a través del desarrollo de acciones preventivas, de incremento en la disponibilidad de los servicios para el tratamiento y la rehabilitación, pasando por la capacitación del personal de salud en todos los niveles de la atención a la salud en que se ofrezcan servicios en materia de adicciones, el desarrollo de nuevas investigaciones sistemas de información y monitoreo del fenómeno [24, 25].

Las UNEMES y CAPAS dentro de sus líneas de acción incluyen la detección y tratamiento de adicciones de la población adolescente al ser un grupo que cada vez es más afectado, sin embargo, estás se han enfocado a poblaciones urbanas, y aunado a que en las poblaciones rurales existe poca demanda de este tipo de servicios, no se cuenta como ya hemos mencionado con información oficial concerniente a los factores de riesgo que pudieran presentarse en este tipo de poblaciones, Monte de Hoyos no escapa a dicha problemática[18].

Nuestra intervención, al identificar los factores de riesgo para consumo de drogas de una población de tipo rural, servirá para evidenciar la necesidad de tamizar a los adolescentes de entornos rurales, y al describir que factores son los predominantes encaminar acciones preventivas específicas para cada uno de ellos, con lo cual se podrá evitar el desarrollo de adicciones e intervenir a aquellos que ya las presentan.

Además de la disminución en el gasto público a futuro al evitar consecuencias tales como delincuencia, y los respectivos daños a la salud, el impacto a futuro será positivo al promover estilos de vida saludable en los adolescentes que serán la fuerza laboral y los nuevos formadores de familias.

6. OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar cuáles son los principales factores de riesgo para consumo de drogas en la población de 12 a 17 años de Monte de Hoyos, Romita, Gto., a través de cuestionario POSIT, durante 2010.

Objetivos Particulares:

- Identificar que factor de riesgo para consumo de drogas tiene mayor índice en la población femenina de 12 a 17 años de Monte de Hoyos en 2010.
- Identificar que factor de riesgo para consumo de drogas tiene mayor índice en la población masculina de 12 a 17 años de Monte de Hoyos en 2010.
- Identificar en qué edad de la población de 12 a 17 años de Monte de Hoyos existe mayor índice de factores de riesgo para consumo de drogas en 2010.
- Identificar si los factores de riesgo presentes en la población adolescente de Monte de Hoyos en 2010, son similares a los que se describen para estudiantes de bachillerato de Nuevo León a través de cuestionario POSIT en 2004.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

El presente proyecto de Intervención se enfocó en la población de 12 a 17 años, hombres y mujeres, de la Población de Monte de Hoyos Romita, localidad ubicada dentro del Municipio de Romita en el estado de Guanajuato, para desarrollarse desde el inicio de su ejecución hasta su evaluación en un periodo de 60 días distribuidos en 11 semanas del día 28 de junio al 13 de agosto de 2010, este estudio es de carácter observacional, transversal y descriptivo. La variable dependiente es el riesgo para consumo de drogas y las variables independientes son los factores de riesgo asociados a dicho consumo.

7.1. Aplicación del cuestionario

Para obtener la información necesaria sobre la conducta de la muestra poblacional se aplico un instrumento de evaluación de riesgo a consumo de

drogas validado a nivel nacional [29] llamado POSIT ("Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers"), fue elaborado por el National Institute on Drug Abuse (1991) con el fin de poder detectar oportunamente problemas específicos de los jóvenes que utilizan ó abusan de las drogas y fue adaptado a la población mexicana por el Instituto Nacional de Psiquiatría con 81 preguntas estructuradas y evalúa siete áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, conducta agresiva-delictiva siendo este la fuente primaria de información [Anexo 1].

Como criterios de selección se requirió que el encuestado sea residente de la localidad y se encuentre en dentro del intervalo de edad de los 12 a los 17 años. Los criterios de exclusión considerados fueron el no ser residente de la localidad, no encontrarse en el intervalo de edad antes mencionado, aquellos que se nieguen a participar y/o aquellos que no cuenten con el consentimiento de sus padres. Finalmente el único criterio de eliminación fue que el encuestado tuviera una edad menor a 12 años y mayor a 17 años cumplidos.
Esta aplicación se llevó a cabo en Monte de Hoyos, Romita el día 05 de julio de 2010 en el Video Bachillerato Monte de Hoyos y el día 06 de julio de 2010 en la telesecundaria Margarita Maza de Juárez con ayuda de la dirección y los profesores presentes, en la telesecundaria se aplico a 71 individuos de un intervalo de edad de 12 a 17 años y en el video bachillerato se aplico a 17 individuos con 17 años de edad, debido a que no todos los alumnos asistieron el día de la aplicación nuestra muestra representa un 59.7% de la población total de individuos del intervalo de edad de 12 a 17 años en la población de Monte de Hoyos.

7.2. Captura de datos

Después de la aplicación del cuestionario las respuestas obtenidas se capturaron en el "calificador de tamizaje V 1.0" proporcionado por los Centros Nueva Vida siguiendo las instrucciones proporcionadas. Cabe mencionar que posterior al proceso de captura se generan automáticamente resultados globales y graficas de barra correspondientes a los datos capturados, asimismo se indica que el resultado de "riesgo" no sólo depende de la suma de riesgos detectados en las respuestas individuales sino que existen preguntas clave o "ítems rojos" en los que una respuesta determinada generará automáticamente un resultado positivo en el riesgo total generado por el instrumento.

7.3. Análisis de datos

Para poder realizar pruebas de correlación y análisis de varianzas se comprobó la normalidad de los datos para lo que se realizo una prueba de Kolmogorov-Smirnoff al 95% de confianza [Fig. 2], los resultados indican que los datos se comportan de manera normal (p=0.026)

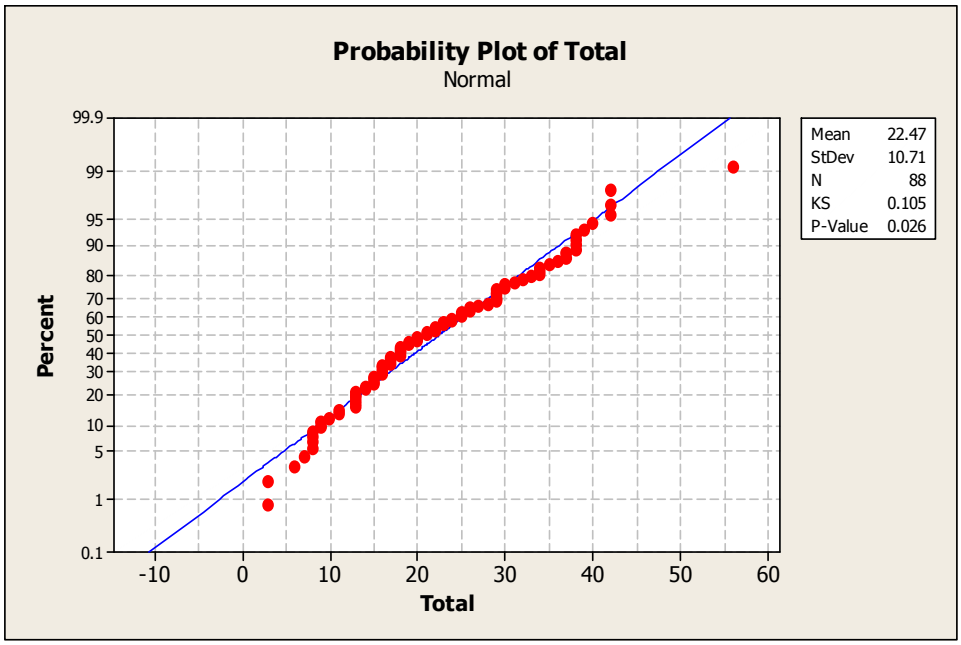


Figura 2. Resultado de la regresión del análisis de normalidad de la prueba de de Kolmogorov-Smirnoff, nótese que el valor P es menor que 0.05 por lo que se considera que los datos son normales a un intervalo de confianza del 95%.

Después de comprobar la normalidad de los datos se realizó con ayuda del programa Minitab 16 un análisis de varianza (ANOVA) de una vía al 95% de confianza de los resultados de riesgo total obtenido del cuestionario mediante un modelo lineal general Cuadro VII, considerando datos binarios donde 1 es riesgo y 0 es No riesgo considerando como variable dependiente el riesgo a consumo de drogas e independiente las conductas de riesgo para tal consumo.

Cuadro VII. Modelo lineal general: Riesgo Global respecto a los factores de riesgo individuales considerados en el cuestionario POSIT.

Factor	Tipo	Niveles	Valores
Uso-abuso de sustancias	aleatorio	2	0, 1
Salud Mental	aleatorio	2	0, 1
Relaciones Familiares	aleatorio	2	0, 1
Relaciones con Amigos	aleatorio	2	0, 1
Nivel Educativo	aleatorio	2	0, 1
Interés Laboral	aleatorio	2	0, 1
Conducta Agresiva/Delictiva	aleatorio	2	0, 1

Asimismo se realizaron regresiones lineales individuales de los factores “salud mental” y conducta agresiva” debido a que estos factores fueron determinantes para el riesgo a consumo de drogas en el estudio realizado en 2004 por la Universidad Autónoma de Nuevo León [5].

Para determinar cuáles factores individuales participaban significativamente en el riesgo total tanto de hombres (n=43) como mujeres (n=45) se sesgó el análisis por genero y se realizó un ANOVA de una vía por género al 95% de confianza.

Con el fin de contrastar el riesgo de consumo a drogas de una población urbana respecto a esta población de características rurales se realizó una prueba de hipótesis para comparar la media del riesgo de consumo a drogas en el estudio de 2004 [5], respecto a la media obtenida en este estudio, para lo cual se probaron las siguientes hipótesis:

H_o: las medias del riesgo de consumo a drogas son iguales en ambos estudios.

H_1; la media del riesgo de consumo a drogas en este estudio es menor a la del estudio de 2004 en entorno urbano [5].

7.4. Reporte de ejecución

Para describir de forma detallada la manera en que se desarrolló la Intervención, describiremos las actividades realizadas con apoyo en cuadros que ligan estas al cumplimiento del objetivo principal.

- Capacitación a personal de la unidad local en aplicación de cuestionario POSIT: Esta etapa fue de suma importancia ya que a través de dicha capacitación, el personal de apoyo de la unidad de salud local, estuvo en condiciones de aplicar el cuestionario, previamente se realizó la impresión de dicho material.

- Aplicación de cuestionarios: Se aplicó la encuesta a 3 grupos de 40 adolescentes y uno de 36 alumnos, durante dos días, cada aplicación con un máximo de una hora, se realizó en las instalaciones de la escuela primaria Miguel Hidalgo, la aplicación la realizó el personal de enfermería de la unidad de salud con apoyo del médico pasante y los profesores.

- Captura y procesamiento de información: Durante cuatro días se capturó, durante aproximadamente una hora, la información recabada en el formato excell del cuestionario con autocalificador, esta actividad fue realizada por el Coordinador del Proyecto con apoyo de las dos enfermeras de la unidad local.

- Desarrollo de Base de Datos: El Coordinador del Proyecto concentró la información y generó una base de datos en excell.

- Reporte de Casos a Coordinación Estatal de Salud Mental: El Coordinador del Proyecto entregó la base de datos en medio electrónico a la Coordinación Estatal de Salud Mental.

- Análisis de resultados: Con el apoyo de la Coordinación Estatal de Salud Mental, el Coordinador de Proyecto analizó los resultados para poder establecer conclusiones con relación al proceso de ejecución del proyecto.

- Evaluación: Finalmente el Coordinador de Proyecto evaluó la intervención con los indicadores desarrollados para tal fin, esta etapa se describe más adelante.

7.5. Control de actividades

Para lograr un adecuado control del cumplimiento de actividades, tomamos en cuenta las variables de tiempo y cumplimiento, para lograr cumplir con el calendario establecido, a continuación se muestra una gráfica de Gantt Cuadro VIII, que detalla las actividades con relación a su duración y responsable(s) de la ejecución:

Cuadro VIII. Gráfica de Gantt que muestra control de actividades así como los responsables de su ejecución.

MES		JULIO					AGOSTO		DURACIÓN EN DÍAS	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN
SEMANA		1	2	3	4	5	1	2		
No.	ACTIVIDAD									
1	Capacitación a personal de la unidad local en aplicación de exámen POSIT	➡							4	Coordinador de Proyecto, Coordinación Estatal de Salud Mental
5	Aplicación de cuestionarios		➡						4	Coordinador de Proyecto, Médico Pasante y Enfermera
6	Captura y procesamiento de información			➡					4	Coordinador de Proyecto, Médico Pasante y Enfermera
7	Desarrollo de Base de Datos				➡	➡			10	Coordinador de Proyecto
10	Análisis de resultados						➡		5	Coordinador del Proyecto, Coordinación Estatal de Salud Mental
11	Evaluación							➡	10	Coordinador de Proyecto

7.6. Evaluación

Para evaluar la intervención se desarrollaron indicadores de estructura, proceso y resultado, los cuales se detallan en el cuadro IX, a continuación:

Cuadro IX. Indicadores de evaluación de la intervención.

TIPO DE INDICADOR	VARIABLE	INDICADOR	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	ESTÁNDAR	USO	OBJETIVO CUBIERTO
ESTRUCTURA	EQUIPO DE COMPUTO	NO. DE EQUIPO DE COMPUTO	NO. DE EQUIPO DE COMPUTO UTILIZADO X 100/ NO. EQUIPO DE COMPUTO PROGRAMADO	100%	CONOCER DISPONIBILIDAD DE EQUIPO PARA CAPTURA	100%
	CUESTIONARIO POSIT	NO. DE CUESTIONARIOS	NO. DE CUESTIONARIOS UTILIZADOS X 100/NO. CUESTIONARIOS PROGRAMADOS	100%	CONOCER DISPONIBILIDAD DEL CUESTIONARIO	100%
	INSTALACIONES	ESPACIO FÍSICO PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO Y CAPACITACIÓN	ESPACIO FÍSICO DISPONIBLE CON CAPACIDAD PARA 40 PERSONAS	100%	CONOCER DISPONIBILIDAD DE ESAPACIO FÍSICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES PROGRAMADAS	100%
PROCESO	PROGRAMACIÓN	CAPACITACIONES IMPARTIDAS	CAPACITACIONES IMPARTIDAS EN DÍAS PROGRAMADOS	100%	CONOCER PRODUCTIVIDAD	100%
RESULTADO	CUESTIONARIO	NO. DE CUESTIONARIOS APLICADOS	NO. CUESTIONARIOS APLICADOS X 100/NO. TOTAL DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS	100%	CONOCER LA COBERTURA	60%
	PERSONAL LOCAL DE SALUD CAPACITADO	NO. DE PERSONAL LOCAL DE SALUD CAPACITADO EN APLICACIÓN DE CUESTIONARIO POSIT	NO. DE PERSONAL CAPACITADO X 100/TOTAL DE PERSONAL DE SALUD LOCAL	100%	CONOCER LA COBERTURA	100%
	BASE DE DATOS	NO. DE BASE DE DATOS	CONTAR CON UNA BASE DE DATOS EN FECHA PROGRAMADA	100%	CONOCER EFICACIA	100%

8. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

8.1 Factibilidad de mercado

Dentro del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato existe una Coordinación Estatal de Salud Mental que a la vez cuenta con un Departamento de Prevención de Adicciones, este Departamento se coordina con los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) que cuentan con psicólogos capacitados en la detección y tratamiento de adicciones.

El tamizaje para detectar factores de riesgo para consumo de drogas se realiza con el cuestionario POSIT para el cual se requiere capacitación mínima y que puede ser aplicado por personal médico y de enfermería, las respuestas se capturan en un formato electrónico que cuenta con un calificador automático que determina si el paciente requiere intervención y ser derivado con psicología para confirmar si se presenta adicción y determinar el tratamiento, sin embargo, este proceso no se lleva a cabo a nivel local de forma intencional e intensiva, solo se

aplica a criterio del médico ó cuando el paciente solicita apoyo, pero como ya mencionamos previamente, las personas que presentan adicciones difícilmente acuden a solicitar apoyo por parte de los servicios de salid locales, por lo que seguramente existen muchos pacientes adolescentes sin tamizar, nos enfocamos al grupo de 12 a 17 años porque como se explicará más adelante en el Marco Conceptual, las adicciones de inicio temprano a sustancias legales como alcohol y tabaco predisponen al uso de drogas ilegales, si se logra incidir en este grupo de población se podrá evitar muchos de los problemas descritos previamente.

Todo esto solo se podrá lograr con una detección temprana e intencional.

La población blanco de Monte de Hoyos es de 147 adolescentes entre los 12 a 17 años de edad, el cuadro X muestra la distribución de esta población por sexo y grupo de edad, todos ellos candidatos para ser tamizados.

Cuadro X. Población total de 12 a 17 años de Monte de Hoyos, Romita, Gto, candidatos a tamizaje para detección de factores de riesgo para consumo de drogas en 2010.

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
12-14 años	34	48	82
15-17 años	25	40	65
			147

8.2 Factibilidad técnica

Para realizar nuestra intervención se necesita aplicar el cuestionario POSIT a un total de 147 adolescentes entre 12 y 17 años, el tiempo necesario para su aplicación es de aproximadamente 10 minutos y puede ser de forma grupal hasta un total de 40 individuos, por lo que se podrá realizar dividiendo a la población blanco en tres grupos de 36 y uno último de 37.

La aplicación puede ser realizada por una sola persona capacitada, el proceso de captura es de aproximadamente 5 minutos y el resultado es automático por lo que una sola persona podrá capturar los resultados en aproximadamente 12 horas, que se puede realizar en 4 días con tres personas capturando la información en tres computadoras con una hora diaria de trabajo.

En cuanto a necesidades de infraestructura, se requiere un espacio con capacidad para 40 personas con butacas.

Infraestructura:

- Unidad de Atención Médica de Atención y Protección a la Salud (UMPAS) Monte de Hoyos.
- Instalaciones de la Escuela Primaria Miguel Hidalgo
- Instalaciones de la Telesecundaria No. 720
- Instalaciones del Video-Bachillerato Monte de Hoyos
- Una computadora personal de escritorio
- Tres computadoras portátiles

Recursos Humanos:

- Un Médico Pasante del Servicio Social.
- Una Enfermera General.
- Un Médico Coordinador del Proyecto.
- Plantilla de Profesores de las Escuelas
- Coordinador Estatal del Programa de Adicciones.

Derivado de lo anterior podemos concluir que la intervención es factible con relación al aspecto técnico, ya que se cuenta con los elementos de infraestructura, recursos humanos necesarios para la correcta ejecución del proyecto.

8.3 Factibilidad financiera

El cuadro XI detalla los costos de la ejecución del proyecto que hacienden a $895, 200.00 (ochocientos noventa y cinco mil doscientos pesos M.N.), sin embargo la mayor parte de ellos son recursos ya existentes por lo que el único monto a invertir será el de viáticos y combustible y material impreso, sin embargo estos serán subsanados a través de recursos estatales, en caso de que no se llegase a contar con ellos, la Coordinación Estatal de Salud Mental apoyará con recursos federales propios del Programa de Prevención de adicciones, por lo que financieramente nuestra Intervención es factible.

Cuadro XI. Costo total y de inversión para realizar la intervención.

RECURSOS FINANCIEROS NECESARIOS			
	COSTO	**INVERSIÓN**	**TOTAL**
Infraestructura	**$7,200.00**		**$7,200.00**
Mobiliario y equipo	**$70,000.00**		**$70,000.00**
Material impreso		**$3,000.00**	**$3,000.00**
Salarios del personal	**$800,000.00**		**$800,000.00**
Viáticos y combustible		**$15,000.00**	**$15,000.00**
TOTAL	**$877,200.00**	**$18,000.00**	**$895,200.00**

8.4 Factibilidad administrativa

La estructura organizacional necesaria para este proyecto, no afecta el funcionamiento ó desempeño de la estructura propia de la Secretaría de Salud del Estado a la cual pertenecen el Coordinador del Proyecto y la Coordinación Estatal de Salud Mental ó de las escuelas de la localidad, por lo que existe factibilidad administrativa para el desarrollo de la intervención.

8.5 Factibilidad social

Socialmente existe la factibilidad de desarrollar la intervención, primeramente porque las adicciones, además de ser un problema reconocido de Salud Pública, es uno para el cual la misma población demanda atención y alternativas de solución, esto debido a que son conscientes de las consecuencias sociales de este problema, como son la inseguridad y violencia intrafamiliar.

8.6 Factibilidad política

Actualmente la Prevención y Tratamiento de Adicciones se encuentran como uno de los componentes del Programa de Salud Mental, incluido dentro los Programas Prioritarios de Acción dentro del Plan Nacional de Salud 2006-2012, ligados al Plan Nacional de Desarrollo por lo que es una estrategia oficial que no va contra los lineamientos ó ideología de los diferentes partidos políticos [25, 25].

8.7 Factibilidad legal

El Marco Jurídico en el cual se desarrollará éste proyecto está enmarcando por el artículo 4to. De la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, en el Decreto oficial del 5 de febrero de 1917 en el cual eleva a rango constitucional el derecho a la salud de todos los mexicanos.

La ley general de salud [27], reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de

los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Para este proyecto nos apegaremos a la Ley General de Salud:

Artículo 3 En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general y la reciente reforma a la misma:

XXIII. La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia.

Articulo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A: Corresponde al Ejecutivo Federal

B: Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas

Se adiciona un apartado:

C: Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley.

Artículo 191
CAPITULO IV
Programa Contra la Farmacodependencia

Artículo 191.- La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la famacodependencia, a través de las siguientes acciones:

I.- La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.

II.- La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, substancias psicotrópicas y otras.

III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

Se adiciona un párrafo segundo: La información que reciba la población deberá estar basada en estudios científicos y alertar de manera clara sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

Artículo 192.- La Secretaría de Salud elaborará un programa nacional contra la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.
Se adicionan los párrafos:

Las campañas de información y sensibilización que reciba la población deberán estar basadas en estudios científicos y alertar de manera adecuada sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

De conformidad con los términos establecidos por el programa nacional, los gobiernos de las entidades federativas serán responsables de:

I. Promover y llevar a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de estupefacientes y psicotrópicos; y

II. Proporcionar información y brindar la atención médica y los tratamientos que se requieran a las personas que consuman estupefacientes y psicotrópicos.

Artículo 192 bis.- Para los efectos del programa nacional se entiende por:

I. Farmacodependiente: Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos;

II. Consumidor: Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia;

III. Farmacodependiente en recuperación: Toda persona que está en tratamiento para dejar de utilizar narcóticos y está en un proceso de superación de la farmacodependencia;

IV. Atención médica: Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;

V. Detección temprana: Corresponde a una estrategia de prevención secundaria que tiene como propósito identificar en una fase inicial el consumo de narcóticos a fin de aplicar medidas terapéuticas de carácter médico, psicológico y social lo más temprano posible;

VI. Prevención: El conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de narcóticos, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias;

VII. Tratamiento: El conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de narcóticos, reducir los riesgos y daños que implican el uso y abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de esas sustancias, como de su familia;

VIII. Investigación en materia de farmacodependencia: Tiene por objeto determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo; construyendo las bases científicas para la construcción de políticas públicas y los tratamientos adecuados para los diversos tipos y niveles de adicción; respetando los derechos humanos y su integridad, y

IX. Suspensión de la farmacodependencia: Proceso mediante el cual el farmacodependiente participa en la superación de su farmacodependencia con el apoyo del entorno comunitario en la identificación y solución de problemas comunes que provocaron la farmacodependencia.

9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a las recomendaciones del Comité de Bioética del Instituto Nacional de Salud Pública [Anexo 2], que tiene por objeto el mantener la confidencialidad de los datos obtenidos, mantener el respeto entre el equipo de investigación y la población, y sobre todo, garantizar la seguridad de todos los involucrados, se adoptarán las siguientes medidas:

- Presentar al equipo de investigación ante los representantes ó figuras de autoridad de Monte de Hoyos, con el fin de dar a conocer el proyecto y la finalidad del mismo y con ello obtener su autorización.
- Solicitar Consentimiento Informado a los padres de los participantes, con la presencia de dos testigos Anexo 3.
- No tomar video ó fotografías a excepción de las instalaciones de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, ó cuando esté justificado, únicamente con la autorización de quienes aparezcan en dicho material ó en caso de hogares y escuelas, contar con la autorización de los propietarios ó las autoridades responsables.
- Contar con autorización escrita por parte del Instituto Nacional de Salud Pública y por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.
- Portar siempre identificación visible del Instituto Nacional de Salud Pública y por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.
- Viajar en vehículo oficial.
- Mantener la información electrónica recabada bajo contraseña limitada al investigador y su equipo de trabajo para evitar la pérdida de confidencialidad.

10. RESULTADOS

Se logró la correcta aplicación del cuestionario en 88 estudiantes de 12 a 17 años Cuadro XII, de los cuales 23 se consideraron con riesgo al consumo de drogas, esto representa un 23.13% de los individuos muestreados.

Cuadro XII. Distribución en edad y género de los individuos muestreados. Nótese que de las 43 mujeres muestreadas no se pudo obtener resultados de 16 años, sin embargo se logró representar cada edad del intervalo de 12 a 17 años en los 45 hombres de la muestra.

	Edad (años cumplidos)					
Sexo	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
M	11	8	6	8	2	8
F	7	9	14	4	0	11

Los factores individuales de riesgo con mayor frecuencia se encuentran dentro de los grupos de conducta agresiva/delictiva, nivel educativo y salud mental, sin embargo sólo salud mental y nivel educativo son los únicos factores que sobrepasan el parámetro esperado por la evaluación [Figura 3, 4].

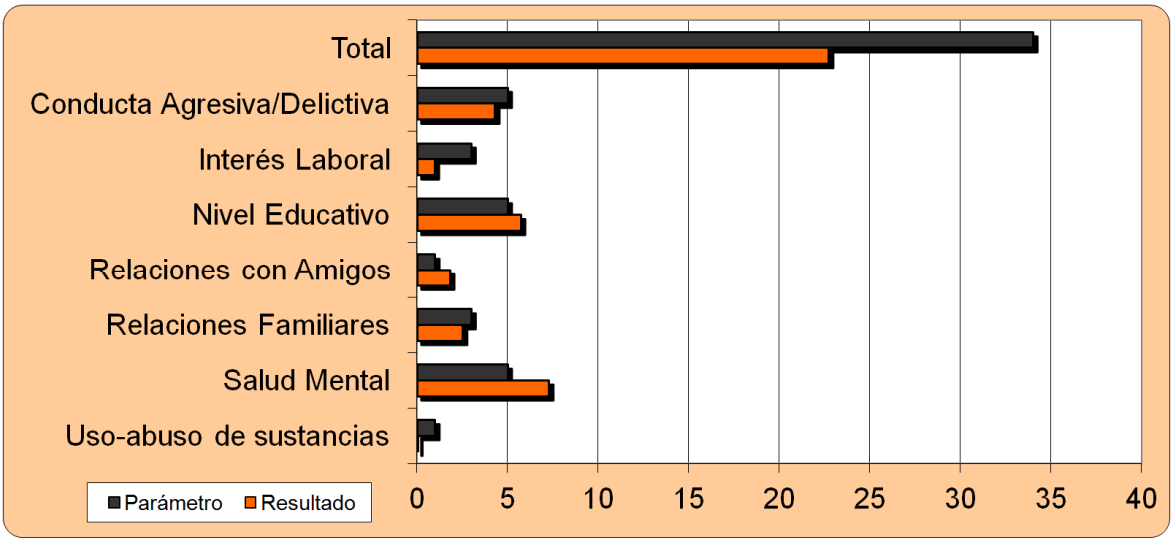


Figura 3. Resultados globales de la aplicación del cuestionario POSIT en la comunidad Monte de Hoyos, aunque el riesgo global evaluado, fue menor del parámetro, se puede observar que tanto el nivel educativo como la salud mental rebasan el parámetro estimado por el cuestionario.

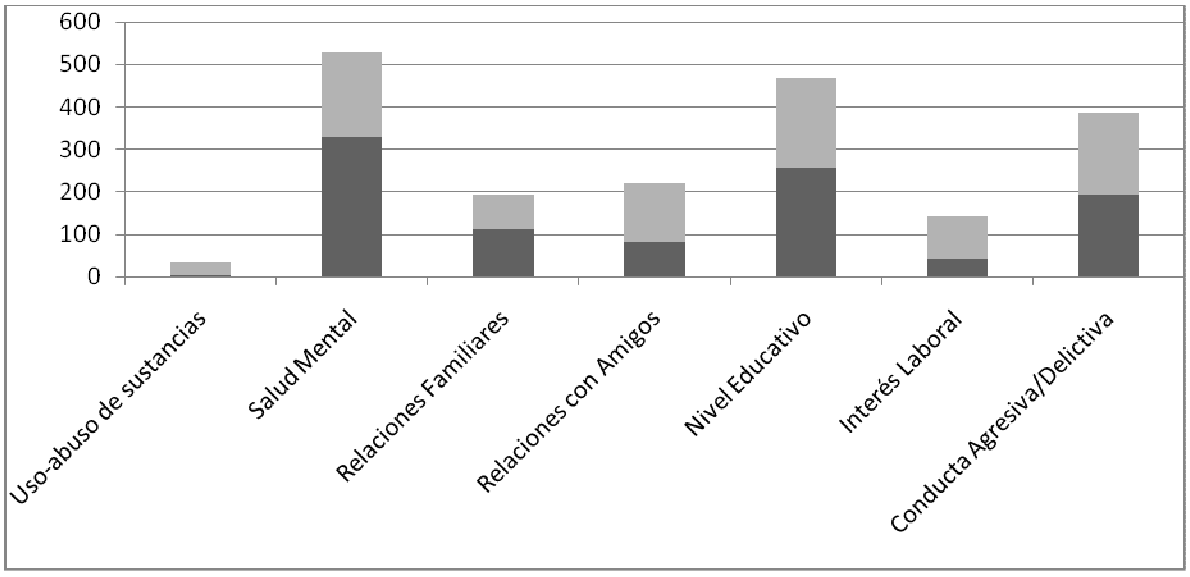


Figura 4. Distribución de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas en la comunidad de Monte de Hoyos.

El uso/abuso de sustancias parece ser el único factor que no afecta al riesgo en las mujeres muestreadas, y aunque no se pudieron obtener datos representativos de riesgo a consumo de drogas de mujeres de 16 años de la comunidad se puede observar una tendencia de alto riesgo en mujeres de 14 años, pues fue el grupo de edad que presentó el mayor índice de riesgo en las mujeres de la comunidad, tanto de manera global como en los riesgos individuales, en los hombres la distribución de riesgos se comporta de manera más homogénea, y el único grupo de edad que parece tener un mayor riesgo es el de 12 años Cuadro XIII. Si se analizan los factores de riesgo de manera general en ambos sexos, se observa una distribución homogénea entre las distintas edades representadas Fig. 5.

De manera general los factores de riesgo que más influyen en la población son salud mental, Nivel educativo y conducta agresiva/delictiva siendo el factor de menor riesgo el uso/abuso de sustancias.

Cuadro XIII. Distribución de los factores de riesgo y riesgo global en individuos de 12 a 17 años de la comunidad Monte de Hoyos.

		Uso-abuso de sustancias	Salud Mental	Relaciones Familiares	Relaciones con Amigos	Nivel Educativo	Interés Laboral	Conducta Agresiva/Delictiva	Riesgo Global
Mujeres	12	0	6	0	6	4	1	4	2
	13	0	6	2	5	5	1	6	2
	14	0	13	10	12	10	4	5	4
	15	0	4	4	4	4	0	3	1
	16	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
	17	2	6	4	7	4	0	1	1
Hombres	12	2	7	2	10	8	3	7	2
	13	4	3	3	8	5	4	4	2
	14	2	5	2	6	6	4	5	2
	15	2	1	3	8	1	5	3	1
	16	1	1	1	2	1	0	1	1
	17	4	3	2	8	2	1	0	1

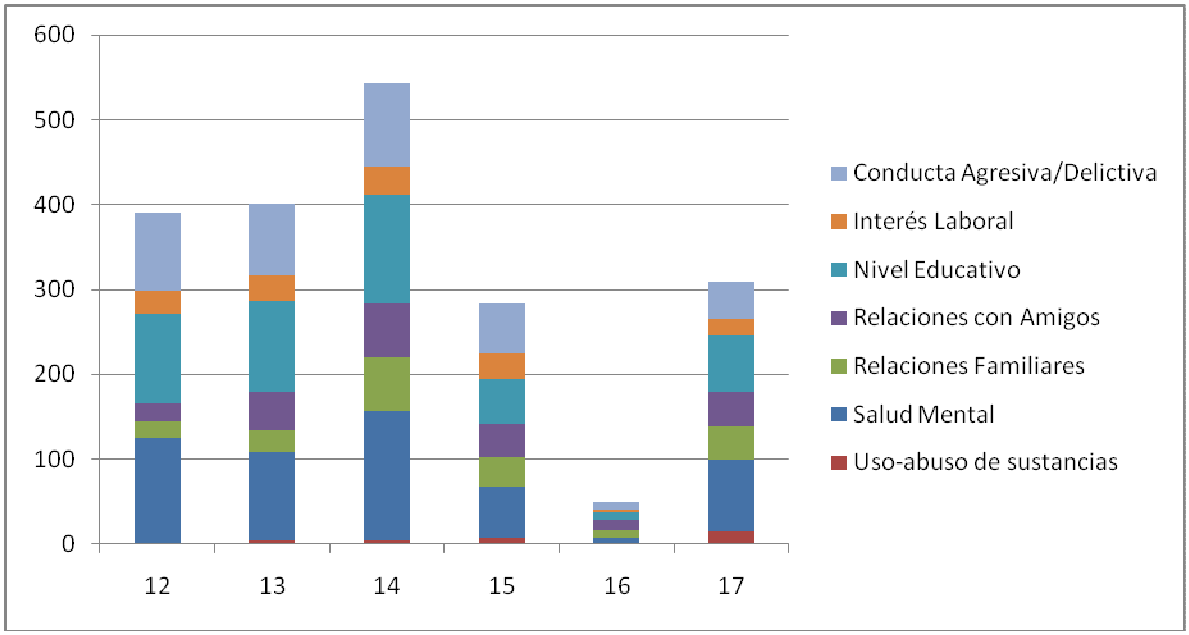


Figura 5. Frecuencia de respuestas indicativas de riesgo en las edades muestreadas.

Al realizar el ANOVA para determinar la influencia de los factores de riesgo en la población se pudo determinar que al 95% de confianza los factores que participan de manera significativa son uso-abuso de sustancias (p=0.04), interés laboral (p= 0.015) y conducta agresiva/delictiva (p=0.007) Cuadro XIV sin embargo el coeficiente de correlación indica que los factores considerados en el cuestionario sólo explican el 35.22% del riesgo total por lo que hay casi un 75% de factores que no están cubiertos en el cuestionario.

Cuadro XIV. Análisis de varianza para Riesgo Global, utilizando SC ajustada para las pruebas

Fuente	GL	SC sec.	SC ajust.	MC ajust.	F	P
Uso-abuso de sustancias	1	0.8082	0.4831	0.4831	4.36	0.040
Salud Mental	1	1.6370	0.0501	0.0501	0.45	0.504
Relaciones Familiares	1	0.5400	0.1819	0.1819	1.64	0.204
Relaciones con Amigos	1	0.1495	0.1901	0.1901	1.71	0.194
Nivel Educativo	1	0.9383	0.1830	0.1830	1.65	0.203
Interés Laboral	1	1.0996	0.6927	0.6927	6.24	0.015
Conducta Agresiva/Delictiva	1	0.8512	0.8512	0.8512	7.67	0.007
Error	80	8.8737	8.8737	0.1109		
Total	87	14.8977				

S = 0.333049 R-cuad. = 40.44% R-cuad.(ajustado) = 35.22%

Asimismo, durante el análisis se detectaron 3 individuos con un residuo estándar alto que generaron respuestas anómalas según el análisis de varianza dos de ellos presentaron un valor positivo para riesgo global.

Observaciones inusuales de Riesgo Global

Obs	Riesgo Global	Ajuste	Ajuste SE	Residuo	Residuo estándar
4	1.00000	0.27167	0.08388	0.72833	2.26
17	1.00000	0.36187	0.10624	0.63813	2.02
57	0.00000	0.72998	0.13580	-0.72998	-2.40

Al sesgar los datos por genero para el ANOVA se puede observar que en las mujeres los factores de riesgo que participan de manera significativa en el riesgo global son el interés laboral (P=0.003) y la conducta agresiva/delictiva (p=0.007), ambos factores coherentes con el análisis general Cuadro XV.

Cuadro XV. Análisis de varianza para Riesgo Global, utilizando SC ajustada para pruebas

Fuente	GL	SC sec.	SC ajust.	MC ajust.	F	P
Uso-abuso de sustancias	1	0.1615	0.1719	0.1719	1.53	0.224
Salud Mental	1	0.5708	0.0132	0.0132	0.12	0.734
Relaciones Familiares	1	0.0010	0.0000	0.0000	0.00	0.989
Relaciones con Amigos	1	0.0954	0.0667	0.0667	0.59	0.446
Nivel Educativo	1	0.7740	0.0143	0.0143	0.13	0.724
Interés Laboral	1	1.0997	1.1249	1.1249	9.99	0.003
Conducta Agresiva/Delictiva	1	0.9100	0.9100	0.9100	8.08	0.007
Error	37	4.1654	4.1654	0.1126		
Total	44	7.7778				

S = 0.335526 R-cuad. = 46.45% R-cuad.(ajustado) = 36.31%

En el análisis sesgado a hombres ningún factor de riesgo es significativo para el riesgo global Cuadro XVI, aunque las relaciones familiares (P=0.055) se encuentran cercanas al valor de significancia.

Cuadro XVI. Análisis de varianza para Riesgo Global, utilizando SC ajustada para pruebas

Fuente	GL	SC sec.	SC ajust.	MC ajust.	F	P
Uso-abuso de sustancias	1	0.8377	0.3954	0.3954	3.72	0.062
Salud Mental	1	0.8786	0.0692	0.0692	0.65	0.425
Relaciones Familiares	1	1.1323	0.4180	0.4180	3.93	0.055
Relaciones con Amigos	1	0.0114	0.0000	0.0000	0.00	0.993
Nivel Educativo	1	0.3568	0.2226	0.2226	2.09	0.157
Interés Laboral	1	0.1253	0.0806	0.0806	0.76	0.390
Conducta Agresiva/Delictiva	1	0.0554	0.0554	0.0554	0.52	0.475
Error	35	3.7188	3.7188	0.1063		
Total	42	7.1163				

S = 0.325963 R-cuad. = 47.74% R-cuad.(ajustado) = 37.29%

Para poder determinar si la edad es un factor significativo en el riesgo total de la población se realizó una correlación lineal entre ambos factores, la cual nos indica

que la edad no tiene una relación significativa con el riesgo global, lo cual explica la homogeneidad de la distribución de los factores en las edades Fig. 5, sin embargo se puede observar que el intervalo de edad que presentó mayor riesgo fue de 12 a 14 años.

La ecuación de regresión es

Riesgo Global = 0.542 - 0.0229 Edad:

Predictor	Coef	Coef. de EE	T	P
Constante	0.5422	0.3578	1.52	0.133
Edad:	-0.02294	0.02496	-0.92	0.361

S = 0.414179 R-cuad. = 1.0% R-cuad.(ajustado) = 0.0%

Análisis de varianza

Fuente	GL	SC	MC	F	P
Regresión	1	0.1449	0.1449	0.84	0.361
Error residual	86	14.7528	0.1715		
Total	87	14.8977			

Al comparar los resultados obtenidos por el estudio de 2004 [5] podemos observar que la población de estudiantes de bachillerato de dicho estudio presenta un riesgo mayor que el de la población de este estudio (P=0.002) Cuadro XVII.

Cuadro XVII.

Prueba de mu = 25.73 contra < 25.73
La desviación estándar supuesta = 10.7

N	Media	Media del Error estándar	Límite superior 95%	Z	P
88	22.50	1.14	24.38	-2.83	0.002

11. DISCUSIÓN

Una parte fundamental para la prevención de consumo de drogas y su transición a una adicción entre los adolescentes es la detección de factores de riesgo CITA, en Monte de Hoyos existen factores de riesgo entre su población adolescente que no habían sido detectados previamente, cabe señalar que aunque no se logró tamizar al 100% de la población de dicho grupo de edad, un porcentaje que corresponde casi a una cuarta parte de la muestra tamizada los presenta, y de manera general se presentan con mayor frecuencia la conducta agresiva delictiva, el nivel educativo y la salud mental de los individuos, sin embargo tomando en cuenta los parámetros establecidos por el instrumento de tamizaje, cuestionario POSIT, solo los últimos dos parecen tener significancia, y pudieran relacionarse a las características socioeconómicas de la comunidad de estudio [32].

El análisis de cada uno de los factores de riesgo que se contemplan en el tamizaje señala que estos se presentan de forma homogénea para cada sexo y edad, sin embargo el análisis realizado para mujeres muestra cierta tendencia de mayor riesgo en la edad de 14 años, y en los hombres en menor medida a los 12 años, esto podría hacernos pensar que a menor edad el grado de madurez y capacidad para toma de decisiones relacionado con la salud mental del individuo influyen para que exista un riesgo mayor.

Aunque finalmente la edad no fue un parámetro significativo, la salud mental parece ser un factor de riesgo en ambos sexos, junto con la conducta agresiva/delictiva y el nivel educativo.

Es interesante señalar que el uso/abuso de sustancias, aunque es el factor con menor riesgo dentro de este estudio y junto con el interés laboral y la conducta agresiva/delictiva, son los que presentan mayor significancia al ser analizados de forma individual, pero al ser comparados con el riesgo total, no explican de forma total este, por lo que existe la posibilidad de que en esta comunidad ó en alguna otra con características similares, existan factores de riesgo que no están siendo tomados en cuenta y que el contacto de los adolescentes con las sustancias ilegales en monte de Hoyos aún no es palpable.

Al realizar la comparación entre los factores de riesgo encontrados en el presente estudio, y el realizado en 2004 [5], el riesgo es mayor para adolescentes de bachillerato de un entorno urbano, y aunque los factores de mayor riesgo presentes son la salud mental y la conducta agresiva/delictiva, como en este caso, no es así con el nivel educativo. Lo anterior podría apoyar la sugerencia realizada previamente de que tal vez existen factores no contemplados para este estudio tales como el menor contacto con medios masivos de comunicación y transporte y el acceso y contacto con consumidores y comerciantes de drogas.

Otra cuestión que es importante mencionar es el hecho de que tres individuos presentaron resultados anómalos, pero dos de ellos presentaron riesgo significativo a nivel global, apoyando la posibilidad de que hay factores no considerados, ó que tal vez sea necesario un instrumento de tamizaje que se adapte a las características de una comunidad como Monte de Hoyos, sin embargo las factores de riesgo existen y parece que estos son más patentes entre más temprana sea la edad, lo cual apoya el hecho de que las estrategias de prevención y detección deberían aplicarse no solo a los individuos en los cuales se sospecha de consumo, sino de manera general tomando énfasis en el inicio de la adolescencia y realizar estudios para determinar factores de riesgo generales y particulares para diferentes entornos sociales [6].

12. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

- Existen factores de riesgo para consumo de drogas en la población adolescente de 12 a 17 años de Monte de Hoyos.
- Los factores que se presentan con mayor frecuencia de forma general son la salud mental, el nivel educativo y la conducta agresiva/delictiva.
- El factor de riesgo para consumo de drogas con mayor frecuencia y significancia en mujeres es la salud mental.
- El factor de riesgo para consumo de drogas con mayor frecuencia en hombres es las relaciones con amigos, pero el de mayor significancia al igual que en las mujeres es la salud mental.
- El riesgo comparativo es menor en Monte de Hoyos al compararse con el riesgo encontrado en una población urbana de adolescentes de bachillerato en 2004 [5].
- La salud mental y la conducta agresiva/delictiva son factores de riesgo comunes en Monte de Hoyos y en una población urbana de adolescentes de bachillerato de acuerdo a estudio realizado en 2004 [5].
- Es recomendable realizar el tamizaje de forma intencional en todos los adolescentes de 12 a 17 años, tanto a nivel urbano como rural.
- Es recomendable realizar más estudios comparativos para determinar factores de riesgo para consumo de drogas generales y particulares de acuerdo a las características poblacionales.
- Es recomendable promover la detección a temprana edad de factores de riesgo para consumo de drogas.

13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una limitante encontrada fue la de coordinar actividades laborales con el desarrollo de la intervención, sin embargo se obtuvo autorización de mandos superiores con la consigna de subsanar cualquier actividad laboral pendiente en horario extra cuando así fuese la necesidad.

También se presentó la limitante de no contar siempre con un vehículo para movilización, esta limitante se resolvió al solicitar el apoyo de diferentes áreas de la Dirección General de Servicios de Salud.

Una limitante más fue la ausencia de telefonía local en la comunidad así como de telefonía radial, esta situación se resolvió con el uso de telefonía celular y el uso de internet móvil.

Finalmente el obstáculo más grande al cual nos enfrentamos fue la poca disponibilidad de los profesores de dos grupos de video bachillerato para poder aplicar el cuestionario POSIT, en un inicio se nos comentó que la razón era porque los alumnos se encontraban en etapa de exámenes, posteriormente se programó la aplicación del cuestionario el día 05 de julio de 2010, y solo se pudo tamizar un grupo, ya que posteriormente bajo el argumento de que los alumnos se encontraban en periodo de exámenes no se permitió continuar en otra fecha.

Debido a lo anterior, y a que se presentó inasistencia de varios alumnos, no se tamizó al 100% de la población de 12 a 17 años de Monte de Hoyos.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Yessor R, Succesful adolescent development among youth in high risk settings. American Psychologist 1993 Feb; 2 (11):117-126.

2. Nazar-Beutelspacher A, Tapia-Conyer R, León-Álvarez G, Medina-Mora ME, Salvatierra-Izaba B, Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Salud Pública 1994; 36:646-654.

3. Gaskin de Urdaneta A, Seale J.P, Fleming M, Murray M, Atención primaria y trastornos por consumo de alcohol. Rev Panam Salud Pública 2002; 12(2):79-85.

4. Villatoro J.A, Medina Mora M.A, Cardiél H, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S, et al. La situación del consumo de sustancias en estudiantes de la ciudad de México, medición otoño de 1997. Salud Mental 1999 Abr; 22(2):18-30.

5. Ávila Medina M. Factores de riesgo y consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de bachillerato (requisito parcial para obtener el grado de maestría en ciencias de enfermería). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2004.

6. Fraile Duvicq G, Riquelme Pereira N, Pimenta Carvalho A. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo. Rev Latino-am Enfermagem 2004 Mar-Abr; 12(número especial):345:351.

7. Osorio Rebolledo E, Ortega de Medina N, Pillon S. Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2004 Mar-Abr; 12(número especial):369-375.

8. Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pública Mex 2004; 46:132-140.

9. Balcázar Nava P, Bonilla Muñoz M, Gurrola Peña G, Edel Navarro R, Navarrete Sánchez E. Prevalencia en el uso de drogas en población adolescente de Toluca, México. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005. Psiquiatria.com

10. Guzmán Facundo F, Pedrão L, Rodríguez Aguilar L, López García K, Esparza Almanza S. Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. Esc Anna Nery Rev Enferm Dic 2007; 11 (4):611-618.

11. Sánchez-Zamorano LM, Ángeles Llerenas A, Anaya-Ocampo R, Lazcano-Ponce E. Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. Salud Publica Mex 2007; 49 supl 2:182-193.

12. Guzmán Facundo S, Alonso Castillo M, Gómez Meza M. Consumo de drogas en pandilla juveniles de Monterrey. Ciencia UANL 2008 Abr-Jun; 11(2):134-139.

13. Teens: Alcohol and Other Drugs, “Facts for Families,” No. 3:05-08.

14. Fuentes Núñez Z. El método Hanlon para la determinación de prioridades. Se consigue en: URL: http: www.reeme.arizona.edu

15. Schuckit M, Helzer John, Cottler L, Crowley T, Nathan P, Woody G. Trastornos relacionados con sustancias. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª. Ed. Barcelona, Masson; 1995. p. 181-230.

16. Gutiérrez S. Raúl. Introducción al método científico. Decimoctava 18ª. Ed. México; Editorial Esfinge; 2006.

17. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.

18. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, guía para el promotor de "Nueva Vida". México: Consejo Nacional Contra las Adicciones; 2009.

19. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Desarrollo y evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales de México. México: CONACYT.

20. Ruíz R. Historia y evolución del pensamiento científico. México: Euler Ruíz; 2006.

21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Suiza: OMS; 2004.

22. Jiménez Miranda J. Las referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.

23. Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas. Disponible en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbr/vancouver.htm. Acceso 29 de marzo del 2001.

24. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012, Prevención y tratamiento de las adicciones, 1ª. Ed. México: Secretaría de Salud; 2008.

25. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012, 1ª. Ed. México: Secretaría de Salud; 2007.

26. Martín M, Gómez Fraguela J, Romero Triñanes E, Otero López J. Programas de prevención de drogodependencias en el medio escolar: el programa de entrenamiento de habilidades de vida. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela España.

27. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Últimas reformas publicadas DOF 05-03-2012. México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis; 2012.

28. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Modelo de atención UNEME-CAPA, Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centros Nueva Vida”. 1ª. Ed. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones; 2008.

29. Mariño M, González Forteza M, Andrade P, Medina Mora M. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. Salud Mental 1998 Feb; 21(1):27-36.

30. Kalivas P, Volkow N. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry 2005; 162(8):1403–1413.

31. Jones S, Bonci A. Synaptic plasticity and drug addiction. Curr Opin Pharmacol 2005; 5(1): 20–25.

32. Diagnóstico Integral de Salud de Monte de Hoyos, Romita, Gto. 2009.

15. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario POSIT

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE

INSTRUCCIONES

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la mejor forma en la cual podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no aplica exactamente para ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad.

Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.

Por favor, pon una "X" sobre tu respuesta, y no marques fuera del área que le

corresponde. Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

¡GRACIAS!

1. ¿Eres arrogante? ..... SI NO

2. ¿Has tenido dificultades por que consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela? ..... SI NO

3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas? ..... SI NO

4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores? ..... SI NO

5. ¿Te cansas con frecuencia? ..... SI NO

6. ¿Te asustas con facilidad? ..... SI NO

7. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener? ..... SI NO

8. ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad? ..... SI NO

9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño? ..... SI NO

10. ¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo? ..... SI NO

11. ¿Dices groserías o vulgaridades? ..... SI NO

12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla? ..... SI NO

13. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores? ..... SI NO

14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo? ..... SI NO

15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos? ..... SI NO

16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo? ..... SI NO

17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? ..... SI NO

18. ¿Tienes buena ortografía? ..... SI NO

19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente? ... SI NO

20. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo? ..... SI NO

21. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos por que has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas? ... SI NO

22. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores? ... SI NO

23. ¿Te sientes nervioso(a) la mayor parte del tiempo? ... SI NO

24. ¿Has robado alguna vez? ... SI NO

25. ¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o las drogas? ... SI NO

26. ¿Sabes leer bien? ... SI NO

27. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia? ... SI NO

28. ¿Sientes que la gente está en contra tuya? ... SI NO

29. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas? ... SI NO

30. ¿Peleas a menudo o muchas veces? ... SI NO

31. ¿Tienes mal genio? ... SI NO

32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas? ... SI NO

33. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? ... SI NO

34. ¿Te dice la gente que eres descuidado(a)? ... SI NO

35. ¿Eres testarudo(a)? ... SI NO

36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo? ..... SI NO

37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma? ..... SI NO

38. ¿Te vas a veces de las fiestas por que no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? ..... SI NO

39. ¿Saben realmente tus padres o tutores cómo piensas o te sientes? ..... SI NO

40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia? ..... SI NO

41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ..... SI NO

42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia? ..... SI NO

43. ¿Tienes dificultades para concentrarte? ..... SI NO

44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes? ..... SI NO

45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando? ..... SI NO

46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? ..... SI NO

47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? ..... SI NO

48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ..... SI NO

49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad? ..... SI NO

50. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente? ..... SI NO

51. ¿Has dejado un empleo sencillamente por que no te interesaban las consecuencias de dejarlo? ..... SI NO

52. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo? ..... SI NO

53. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas? ... SI NO

54. ¿El uso de alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa? ... SI NO

55. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo? ... SI NO

56. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ... SI NO

57. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ... SI NO

58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?... SI NO

59. ¿Molestas mucho a tus amigos? ... SI NO

60. ¿Tienes dificultades para dormir? ... SI NO

61. ¿Tienes dificultades para hacer trabajos escritos? ... SI NO

62. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien? ... SI NO

63. ¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo(a) y terminas peleando? ... SI NO

64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado? ... SI NO

65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ... SI NO

66. ¿Tienes dificultades en seguir instrucciones? ... SI NO

67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón? ... SI NO

68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de tomar bebidas alcohólicas o drogas? ... SI NO

69. ¿Tienes buena memoria? ... SI NO

70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa? ... SI NO

71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar? ... SI NO

72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades? ... SI NO

73. ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia? ... SI NO

74. ¿Te hace la escuela sentirte estúpido(a) a veces?... SI NO

75. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente? ... SI NO

76. ¿Te da miedo estar con la gente? ... SI NO

77. ¿Tienes amigos que han robado? ... SI NO

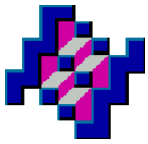
78. ¿Has reprobado algún año en la escuela? ... SI NO

79. ¿Es difícil la escuela para ti? ... SI NO

80. ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo? ... SI NO

81. ¿Gritas mucho? ... SI NO

Anexo 2. Carta del Comité de Bioética del Instituto Nacional de Salud Pública.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Estimados investigadores/alumnos:

La Comisión de Ética de este Instituto preparó el presente documento con **el objetivo de identificar una lista de buenas prácticas en el trabajo de campo,** enfocadas a proteger la autonomía de los participantes y la confidencialidad de los datos, así como la seguridad de los investigadores/alumnos y personal de campo.

La elaboración de este documento **surge por la preocupación** de los miembros de esta Comisión por:

a) **la pérdida de la confidencialidad** de los datos por robo de computadoras donde se recolecta información y en donde los datos no fueron protegidos por una clave;
b) **falta de respeto de la autonomía** de los participantes, sea por no obtener consentimiento informado o por no pedir permiso de acceso a la comunidad;
b) **la seguridad** de los participantes, investigadores, encuestadores y alumnos de nuestra comunidad durante el ejercicio de sus actividades de investigación, principalmente en campo, en un México que está atravesando por un problema de violencia e inseguridad y que de alguna manera incide en el quehacer científico.

Antecedentes:
Toda investigación social o intervención debe ser conducida bajo principios éticos muy bien establecidos en la *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, que garantizan la protección, confidencialidad y anonimato de las personas que participan. En el último año la Comisión de Ética ha detectado - a través de llamadas telefónicas o mensajes enviados por los participantes y/o miembros de las comunidades al correo de la comisión - algunos problemas relacionados con el respeto a la autonomía y la confidencialidad de los datos. Algunas de las formas de mejorar y hacer más eficiente la recolección de datos a través de equipos electrónicos como computadoras han generado nuevos riesgos para la pérdida de la confidencialidad de la información que se colecta; por lo tanto se requiere la implementación de estrategias para evitar cualquier pérdida de confidencialidad, así como violación de la autonomía de los participantes de la investigación.
Por otro lado, es necesario proteger las garantías individuales de los investigadores y encuestadores que van al campo a cumplir su trabajo, considerando los riesgos antes mencionados. La investigación social es un proceso multifacético, no necesariamente direccional, que conlleva una serie de acciones, que hoy en día podemos considerar “riesgosas”.

¿Cuáles son los riesgos? El trabajo de campo es una fase presente en la mayor parte de las investigaciones e intervenciones sociales, en esta fase se tiene contacto directo con personas en sus contextos reales de vida, se aplican instrumentos (entrevistas, cuestionarios, grupos focales, intervenciones) que requieren la búsqueda, identificación y contacto con diferentes personas (participantes, informantes). Los investigadores en esta fase, se trasladan a las comunidades donde habitan los potenciales participantes o informantes, lo pueden hacer solos y/o en equipo, dependiendo de la logística de campo del estudio.
En los últimos años, las estadísticas[1] muestran que el índice de violencia en México se ha incrementado en forma importante y diariamente vemos o escuchamos una o varias noticias relacionadas con casos de violencia en diferentes comunidades del país. Este contexto de inseguridad y violencia está presente también en la investigación social o en intervenciones, es decir, los investigadores en campo se enfrentan a riesgos importantes en su quehacer científico.

Algunos ejemplos de riesgos son:

1 De acuerdo con el Índice de Incidencia Delictiva y Violencia 2009 del Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (ICESI), la media nacional de homicidios dolosos por cada 100 mil habitantes en México repuntó a 12 en 2009.

- Asaltos,
- Agresiones verbales o físicas,
- Falta de confianza por parte de los informantes (lo que compromete los resultados de los estudios al limitar el acceso a la información),
- Bloqueos en los caminos de acceso a las localidades y
- Problemas con la policía, cuando son denunciados por los pobladores de la localidad.

La Comisión de Ética del INSP mantiene un canal abierto y permanente de comunicación con los participantes de los diferentes proyectos que se desarrollan en el INSP, a través de llamadas telefónicas, así como un correo electrónico específico para este fin (etica@insp.mx). Es a través de estas vías que hemos podido detectar en el último año la preocupación de los participantes por su seguridad personal.

Recomendaciones de buenas prácticas en el trabajo de campo:
Esta comisión recomienda tomar en consideración algunos elementos como los que a continuación se enlistan, algunos de ellos sugeridos por la propia comunidad que amablemente ha participado en algunos de los proyectos.

Medidas para asegurar autonomía de los participantes
Al visitar una comunidad por primera vez, presentarse siempre con las autoridades locales antes de iniciar cualquier actividad, a fin de que conozcan las intenciones del equipo y den su autorización.

Solicitar siempre consentimiento informado a los participantes y asegurarse de que este proceso se lleve a cabo en presencia de dos testigos. En el caso de los menores, siempre deberá de solicitar el asentimiento del menor y la autorización de padre, madre o tutor legal.

No tomar las grabaciones (de audio y/o video) y toma de fotografías sin autorización tanto de las autoridades locales, como del participante. En el caso de los menores de edad, la toma de fotografías o videos podrá realizarse únicamente con autorización por escrito de la madre/padre/tutor legal, y más aun si se pretende publicarlas.

Respetar en la medida de lo posible las estrategias para la obtención de la información, ya que el cambiar de lugar, horario, formato, etc., entre una comunidad y otra puede generar confusión y desconfianza entre la población.

Medidas para asegurar confidencialidad de los datos

Claves de acceso en los equipos electrónicos para proteger las bases de datos con información confidencial de los participantes: Si se utilizan computadoras para la recolección de los datos, es importante generar una clave para proteger el acceso a los mismos. La Subdirección de Cómputo y Comunicaciones Electrónicas del INSP está a su disposición para orientarlo y apoyarlo en la instalación de sistemas de seguridad, en los aparatos electrónicos. Lo invitamos a ponerse en contacto con Oswaldo Ortíz Cadena, (ocadena@insp.mx) en la extensión 1852, ó al 329-3022.

Medidas para la seguridad del personal de campo
Identificación personal de los trabajadores de campo: Portar siempre una credencial visible, con el nombre del investigador/encuestador, datos de la institución y del programa. En la cara posterior se recomienda poner datos de un contacto en caso de emergencia.

Así mismo es recomendable que siempre traigan consigo su credencial de elector, la cual es más aceptada por la población como una identificación confiable.

Vehículos con logotipos del INSP: Portar logotipo(s) institucional (es) visibles y placas oficiales en los vehículos que se utilicen para el traslado a las comunidades y evitar vidrios polarizados. En caso de ser rentados o vehículos particulares, colocar el logotipo del INSP.

Carta oficial del INSP que muestre la autorización del estudio: Siempre se tiene que llevar una carta oficial (con sello y firma) de la institución que explique claramente que se está llevando a cabo el estudio.

Salida a campo en grupo: Evitar salir a campo solo/a, el grupo siempre es un respaldo importante para las labores de trabajo de campo.

Precauciones por zonas de violencia o conflicto: Evitar visitar/seleccionar comunidades que de antemano se sepa que están en conflicto de cualquier índole, aún cuando se trate de casos únicos. En este último caso, asegurarse de contar con el permiso de la máxima autoridad de la comunidad y de preferencia ir acompañado de alguno de los representantes de la autoridad.

Responsabilidades: No delegar responsabilidades de información a personal que no esté involucrado en los proyectos.

Beneficios del estudio: No hacer promesas de posibles beneficios por la participación, que no estén contemplados dentro de la investigación y que no serán cumplidos.

Si tienen comentarios o recomendaciones adicionales a estos puntos les pedimos sean tan amables de enviarlos al correo de la Comisión de Ética: etica@insp.mx o por teléfono a la ext. 7424. Estamos comprometidos en mejorar la calidad de la investigación y la seguridad de la comunidad científica.
De antemano les agradecemos su colaboración y atención.

ATENTAMENTE

Presidente y Miembros de la Comisión de Ética

Anexo 3. Carta de consentimiento informado

UNEME
Socios por la prevención

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha
Hora

A QUIEN CORRESPONDA
P R E S E N T E

El que suscribe C. otorgo mi consentimiento para que le sea aplicada una prueba de tamizaje a mi hijo(a) C. , la cual consiste en un cuestionario de 81 reactivos llamado POSIT.

Haciendo constar que fui informado sobre el objetivo de esta prueba, los posibles resultados y las posibles intervenciones en caso de ser necesarias.

Dicha información me fue proporcionada por responsable de

Lo anterior apegado a lo dispuesto en el apartado 10.3.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM – 028 –SSA2- 1999, para la Prevención, tratamiento y Control de las Adicciones.