



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE MÉXICO**

CU UAEM ZUMPANGO

**COMPARACIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS
ADICTIVAS Y CALIDAD DE VIDA ENTRE
HOMBRES Y MUJERES DE LA REGIÓN DE
ZUMPANGO.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LIC. PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**ASTUDILLO GÓMEZ VALERIA GUADALUPE
PACHECO HERNÁNDEZ HAIDÉE ABIGAIL**

**ASESORA:
ANA OLIVIA RUÍZ MARTÍNEZ
2018**

Índice

Resumen.....	4
Introducción	5
Capítulo 1. Sustancias Adictivas.....	8
1.1 Definición.....	9
1.2 Clasificación de las Sustancias Adictivas	14
1.3 Causas.....	20
1.4 Consecuencias.....	22
1.5 Sustento Teórico.....	26
1.6 Instrumentos	30
1.6.1 AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.....	30
1.6.2 DAST Test de Evaluación para el Consumo de Drogas	34
Capítulo 2. Calidad de Vida	36
2.1 Componentes de la calidad de vida.....	39
2.3 Evaluación de calidad de vida	42
2.3.1 WHOQOL Escala de calidad de vida	42
Capítulo 3. Planteamiento del Problema	49
3.1 Pregunta de investigación	52
3.2 Justificación	52
3.3 Objetivo general	53

3.4 Objetivos específicos	53
3.5 Hipótesis.....	53
Capítulo 4. Marco Metodológico	54
4.1 Enfoque	54
4.2 Tipo de Estudio	55
4.3 Muestra.....	55
4.4 Instrumentos.....	56
4.5 Procedimiento.....	57
4.6 Análisis de Datos	58
Capítulo 5. Resultados	59
5.1 Análisis de casos: AUDIT	72
5.2 Análisis de Casos: DAST.....	86
Discusión	93
Conclusión	102
Referencias	104
Apéndice	110

Resumen

Dado el interés por el consumo de sustancias adictivas y su afectación a la calidad de vida, para el presente estudio, se aplicaron tres instrumentos: AUDIT, DAST y WHOQOL-BREF, pues sirvieron para llevar a cabo el objetivo principal, el cual fue comparar el consumo de sustancias adictivas y la calidad de vida de hombres y mujeres de la región de Zumpango. Se trata de un estudio comparativo, deductivo, con enfoque cuantitativo en el que se utilizó una muestra no probabilística ya que se seleccionó de manera voluntaria una población de 100 adultos, hombres y mujeres, de 18 años en adelante.

Por su parte la edad promedio de los sujetos del estudio está entre los treinta años de edad. Dentro de la investigación la población indica estar en un nivel profesional y bachillerato. En cuanto al estado civil prevalece la soltería.

Dentro de los padecimientos psicológicos encontramos el tabaquismo y la ansiedad, de acuerdo a los antecedentes familiares se encontró tanto trastornos mentales como adicciones en menor prevalencia.

De manera general el sexo en el que se encontró mayor prevalencia de consumo de alcohol es en el masculino, mientras el sexo femenino se encuentra por debajo de los datos del sexo masculino.

Finalmente se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cada variable y de su segmentación por sexo, tomando en cuenta tablas de frecuencias, en las que se plasmaron medidas de tendencia central como mínimo, máximo, media, desviación típica y t de student.

Palabras Clave: alcohol, sustancias adictivas, calidad de vida, comparación.

Introducción

El consumo de drogas en el mundo es una conducta remota, ya que desde nuestros ancestros estas sustancias han sido utilizadas como medios para provocar alucinaciones y satisfacción, como formas de alejarse de la realidad y obtener placer. Sin embargo, en los últimos años se ha hecho hincapié en los efectos negativos que estas producen en el organismo, lo que induce a investigar, en los grupos vulnerables este tema (Alvarado, 2010).

Otro dato importante lo refiere La Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito en 2008, en donde se considera que, en México como en el resto del mundo el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en poblaciones jóvenes se ha convertido en un fenómeno que va en aumento (Linage y Gómez, 2012).

Dado que el uso de sustancias no es reciente, así como el incremento en el consumo de las mismas es cada vez más considerable a nivel mundial. El estudio que se llevó a cabo surgió a partir del objetivo inicial acerca de la comparación del consumo de sustancias adictivas y la calidad de vida entre hombres y mujeres de la región de Zumpango.

Aunque se sabe que hoy en día y a muy temprana edad cualquier persona, ya sea hombre o mujer, tiene al alcance sustancias nocivas y adictivas. Se creyó conveniente identificar qué sexo es el que mayor consumo presenta y así mismo poder llevar a cabo la comparación con la calidad de vida, como término que integra la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente en que se encuentra, los cuales se cree que podrían verse afectados por consumir sustancias tóxicas.

Se partió de la observación del fenómeno estudiado, utilizando un enfoque de tipo cuantitativo ya que se recolectaron datos mediante la aplicación de tres instrumentos principales: el primero para medir el consumo de alcohol, el segundo para medir el consumo de drogas, y finalmente se realizó la evaluación de la

calidad de vida, de esta manera el análisis de datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva y a partir de ella se desarrolló una comparación a nivel global y por grupos dividida en sexos para poder identificar en cuál de ellos se presenta en mayor grado el consumo.

El trabajo se conformó por dos capítulos, cada uno dedicado a las variables de interés, siendo el primero llamado sustancias adictivas y el segundo calidad de vida.

En el capítulo 1 se abordan los antecedentes y aspectos teóricos acerca del uso de sustancias desde la antigüedad, pues cabe mencionar que estas eran utilizadas desde rituales religiosos y como medicamentos, sin embargo hoy en día es posible que quienes lo consumen lo hacen por diversión, lo que puede ayudar al aumento de la ingesta. También se habla de la definición de adicción, los componentes que la determinan, cómo se da y los factores que la provocan. Además se menciona el funcionamiento cerebral que se da a partir del consumo de estas sustancias para volverse una adicción.

Al mismo tiempo se habla de una breve clasificación de las sustancias a nivel legal, ilegal y médicas, tomando en cuenta las principales drogas consumidas, así como las posibles causas y consecuencias. Finalmente se indicó la evaluación del consumo de sustancias adictivas.

El instrumento que se utilizó es el AUDIT, que es un cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol, que consta de 10 reactivos divididos en tres áreas.

Para determinar la evaluación del consumo de drogas el instrumento utilizado fue el DAST-10, el cual es una versión corta del DAST-20 que consta de 10 preguntas.

Por su parte, en el capítulo 2 denominado Calidad de vida retomamos aspectos teóricos partiendo del surgimiento del concepto de calidad de vida, los antecedentes y la definición. Además, se hizo mención de los componentes de la calidad de vida determinando principalmente dos, los objetivos y subjetivos. También se indicaron las variables independientes de la salud, y a partir de todo esto, cómo es que surge la psicología de la salud y cómo se ve relacionada con la calidad de vida. Finalmente se mencionó la evaluación de la calidad de vida, para ello se decidió trabajar con el WHOQOL-BREF el cual consta de 26 preguntas que se encuentran divididas en 4 áreas.

Se continuó con la interpretación de los resultados obtenidos mediante la evaluación en la población, llevada a cabo mediante una comparación por sexo. De acuerdo a los resultados se realizó una selección de casos, esto basado en los puntajes que rebasaron el punto de corte en los instrumentos DAST y AUDIT, haciendo una comparación de acuerdo a su percepción y su puntaje total, con la finalidad de tener una mejor visión acerca del consumo de las sustancias adictivas. Y haciendo un acercamiento a lo que Peele menciona en su modelo social, dentro de su perspectiva haciendo mención que, el modo de vida, la interpretación y la experiencia de una experiencia es lo que genera una adicción.

La investigación prosiguió con la discusión de los resultados antes planteados para finalizar con las conclusiones y recomendaciones surgidas mediante la realización de la investigación.

Para continuar con el desarrollo de la investigación daremos paso al inicio del marco teórico, comenzando con la extensión del capítulo uno acerca de sustancias adictivas.

Continuaremos con el desarrollo de la investigación, dando paso al capítulo uno.

Capítulo 1. Sustancias Adictivas

Sin duda alguna la presencia de consumo de sustancias adictivas se ha presentado desde la antigüedad, tal vez no de forma tan explícita. Los antepasados hacían uso de diversas hierbas medicinales que en la actualidad se conocen como drogas. Es importante hacer mención que con el pasar de los años y la evolución de la sociedad estas mismas han sido mejoradas con sustancias tóxicas que potencializan su sintomatología. El consumo de cigarrillos, beber sustancias alcohólicas mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, entre otros son algunos ejemplos de sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia e incluso sigue utilizando (Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, 2010).

Habría que decir también que, a primera vista, el uso de drogas ha sido una constante en todas las épocas y culturas. Su consumo se ubicaba en contextos determinados y ritualizados, por ejemplo bajo la batuta de chamanes que oficiaban de intermediarios entre los saberes constatables de este mundo y lo trascendental, aquello que no llega a percibirse únicamente con los sentidos. Las drogas poseen una función instrumental determinada para cada cultura. En unos casos, se usan para mitigar el cansancio; en otros, para facilitar determinadas sanaciones o actuar como una válvula de escape para evitar el malestar, y en otros muchos casos, más propios de nuestra época, sirve simplemente para procurarse diversión (Pérez del Río, 2011).

Se puede añadir que, como muchas otras cosas, las sustancias adictivas también se han encontrado en constantes cambios a lo largo de las épocas y culturas, por lo que al paso del tiempo se puede advertir que, si en un inicio éstas formaban parte de rituales o ceremonias e incluso eran inducidas con propósitos

medicinales, hoy en día podemos ver que se usan con fines de diversión. Pasando de un simple uso de las mismas, a un abuso e inclusive a una adicción o dependencia.

En el desarrollo de este primer capítulo se abordarán diversos temas acerca del consumo de sustancias adictivas, dando inicio con la definición; para proseguir con la clasificación, las causas, consecuencias y finalmente con la evaluación.

1.1 Definición

La American Psychological Association (2017) menciona que, la adicción es un trastorno crónico con factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en su desarrollo y mantenimiento. Alrededor de la mitad del riesgo de adicción es genético. Los genes afectan el grado de recompensa que las personas experimentan cuando usan inicialmente una sustancia (por ejemplo, drogas) o participan en ciertos comportamientos (por ejemplo, juegos de azar), así como la forma en que el cuerpo procesa alcohol u otras drogas. Aumento del deseo de volver a experimentar el uso de la sustancia o el comportamiento, potencialmente influenciado por factores psicológicos (por ejemplo, estrés, historial de trauma), social (por ejemplo, uso de una sustancia por parte de la familia o amigos) y factores ambientales (sustancia, bajo costo) puede conducir al uso / exposición regular, con el uso / la exposición crónicos que conducen a los cambios del cerebro.

Por su parte el National Institute on Drug Abuse (2008), refiere que la adicción es una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona.

Los trastornos adictivos, tienen diversos factores que las perpetúan y así mismo llevan consigo repercusiones en distintas áreas de la vida de los sujetos.

Por otra parte la Real Academia Española (citado por Amenabar et. al 2001, p. 73) la droga es el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes. También define a este término como sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente o narcótico. En cuanto a la palabra fármaco, nos dice que proviene del griego *phármakon*, que significa medicamento.

Se debe agregar que, las sustancias adictivas han estado presentes desde los comienzos de la historia de la humanidad, aunque con el paso del tiempo hayan ido cambiando el tipo de sustancias y las formas de consumo. Hoy la problemática de las adicciones se presenta como un fenómeno complejo, dinámico, en evolución, con indicadores propios como el inicio del consumo a edades cada vez más tempranas, la aparición de nuevas sustancias en el mercado y diferentes patrones de consumo (Barrionuevo, 2017).

Es importante mencionar que, los cambios cerebrales producidos por sustancias incluyen alteraciones en la región cortical (corteza prefrontal) y subcortical (sistema límbico) que implican el neuro-circuito de la recompensa, la motivación, la memoria, el control de impulsos y el juicio. Esto puede conducir a aumentos dramáticos en los antojos de un medicamento o actividad, así como deficiencias en la capacidad de regular con éxito este impulso, a pesar del conocimiento y la experiencia de muchas consecuencias con el comportamiento adictivo (APA, 2017).

Durante el consumo de las drogas existe un circuito de recompensa o de placer, este mismo genera la dependencia así como las recaídas de dicha sustancia consumida. Este circuito se presenta desde la antigüedad, se caracteriza por ser

básico para supervivencia dentro de la cual se incluye la alimentación, la reproducción, facilita el aprendizaje y está presente en los seres humanos y diversos animales. (Damasio 1994 Verdeje y Bechara 2009, pag 35); mencionan lo siguiente “El consumo de sustancias no hace sino secuestrar, piratear, pervertir dicho circuito del placer, y consigue que el sujeto aprenda y tienda a realizar conductas de consumo de sustancias, así como a mantener en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo. Así, el circuito de recompensa es una vía común de reforzadores tanto natural como artificial (como las drogas)”.

Por su parte (Tirapu, Landa y Lorea 2004, pag: 35); acerca de este mismo punto mencionan lo siguiente, “El objetivo del circuito de recompensa es perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias, ya sea de manera directa o indirecta, supone un incremento de neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto tiende a volver a consumir”.

Los autores concuerdan en la adicción de la sustancia consumida provocada por dicho placer que produce ser consumida, las sensaciones experimentadas a lo largo de la duración de la sustancia, dicha sensación convirtiéndose en el reforzador para el continuar con el consumo de dicha sustancia. La presencia de los neurotransmisores durante esta actividad es de suma importancia, el principal de ellos es la dopamina, este neurotransmisor es la clave en el circuito de recompensa.

Su principal función de la dopamina es “encargarse de manera directa de establecer y regular la sinapsis que componen dicho circuito. En una situación normal, la llegada de un estímulo placentero supone la liberación de dopamina al

espacio presináptico, estimulando los receptores postsinápticos. Dichos receptores pertenecen a dos grandes familias los tipos D1 y los tipos D2. Una vez que esta ha cumplido su objetivo, es reintroducida a la neurona de origen por la bomba de receptación de dopamina. Al día de hoy no se conoce de manera completa que juegan cada uno de los tipos de receptores dopaminérgicos, y su funcionamiento parece más complejo de lo que inicialmente se proponía” (Koob y Blom, 1998, pag 37).

(Nestler 2005, pag 38); Menciona que la dopamina no es el único neurotransmisor involucrado en el circuito de recompensa, “la serotonina actúa regulando este circuito a través de su acción sobre el hipotálamo, los opiáceos y el GABA lo hacen sobre el ATV y el NAc. La noradrenalina, procede del locus coeruleus liberándose en el hipocampo”.

Es importante hacer mención que aunque las sustancias tengan diversas composiciones químicas y cada una actúen sobre diversos sistemas, todas pasan por procesos en los neurotransmisores provocando el circuito de recompensa logrando una dependencia a dicha sustancia consumida.

La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, en muchos casos estas conductas provocan que el consumidor busque ayuda en un tratamiento si no es que la familia forza al mismo consumidor a asistir a tratamientos especializados en dichas situaciones específicas.

Gossop (1989) definió 4 elementos característicos de una adicción, se describen a continuación:

“Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible).

La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en que ocurre).

Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o lo deja de hacer).

Persiste en la conducta a pesar de la clara evidencia que le está produciendo graves consecuencias al individuo”.

Ante estas situaciones mencionadas con anterioridad se piensa que el mayor problema es durante el consumo de esta sustancia (corto plazo), sin embargo el mayor problema se produce a largo plazo debido a todas las consecuencias que son producidas por las mismas sustancias, mencionando algunos ejemplos el consumo de tabaco produce cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares; el consumo de bebidas alcohólicas producen enfermedades hepáticas y accidentes automovilísticos; el consumo de heroína y cocaína desarrollan enfermedades debido al mal hábito que se tiene al consumo de estas, unas de ellas podrían ser SIDA, hepatitis entre otras infecciones, la mayoría de estas llevando a la muerte a los consumidores.

La OMS (2010) aclara diferentes términos que se mencionan a continuación:

Hábito: Adaptación del organismo a la droga, con la consecuencia de que en el transcurso del tiempo la misma dosis va produciendo menor efecto, por tal motivo la dosis debe ir en aumento cuando ya no cause ningún efecto en el consumidor.

Acostumbramiento: Facultad adquirida por el organismo a través del tiempo, de soportar dosis elevadas de droga, las que en situaciones puede provocar intoxicación aguda o hasta la muerte.

Dependencia: Es la sujeción del individuo a la droga y se presenta en dos variantes. La dependencia psíquica es la que la sustancia se torna necesaria para el individuo en la realización de cualquier actividad; y la dependencia psicofísica dentro de la cual el tóxico se incorpora a la fisiología habitual del individuo para transformarse en un elemento fundamental para el desarrollo de sus funciones.

I.2 Clasificación de las Sustancias Adictivas

Existen diversas clasificaciones de las sustancias adictivas, en el desarrollo del capítulo solo se retomaron algunas clasificaciones, según drogas legales, ilegales y médicas.

En la actualidad existen diversas drogas las principales de ellas son las drogas legales, con esta clasificación nos referimos a todas aquellas sustancias adictivas que están permitidas ser consumidas ante la sociedad, dichas drogas no están prohibidas por la ley. Estas sustancias una vez incorporadas en el organismo cambian y actúan en el sistema nervioso central, dentro de ellas encontramos las siguientes:

- Alcohol

Según el comité de expertos de la OMS (citado en Consumo de alcohol, 2010), es un trastorno conductual manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normalidades dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

Existen dos tipos de clasificación para el consumo de alcohol que pueden ser primario o secundario. Dentro de la clasificación del primario se encuentran las siguientes características: una incapacidad para decidir no tomar o en qué cantidad es conveniente tomar, y si existen daños biológicos, sociales secundarios

que determine el consumo de alcohol. Dentro de la clasificación secundaria se debe especificar la cantidad de alcohol tomada al día por el consumidor así como los momentos de mayor frecuencia en los que se hace presencia del consumo de alcohol. Sin olvidar que hay que aprender a separar esta clasificación de los episodios de alcoholismo dentro de los cuales la principal característica se basa en la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas por varios días, separada por largos periodos de tiempo en los cuales el consumidor puede controlar la ingesta de alcohol.

- Tabaco.

Según la OMS (2015), se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos estos productos contienen nicotina lo cual provoca una adicción al consumidor.

De acuerdo a las drogas ilegales son todas aquellas que no están permitidas ante la ley. En otras palabras son aquellas que no son aceptadas ni cultural ni socialmente, además de que también son prohibidas en primer instancia por la ley, incluso también se considera dentro de estas a todos aquellos medicamentos que no están prescritos médicamente. Este tipo de drogas están caracterizados como ilícitos gracias a que se considera que son más nocivos o peligrosos.

Dentro de las principales se encuentran las siguientes:

- Marihuana

La marihuana también conocida como cannabis ha sido uno de los cultivos más antiguos de la humanidad, ya que ofrece diferentes aplicaciones a su uso desde su uso como fibra, alimento su uso medicinal y su narcótico. Según los efectos

causados era también usada para banquetes con el fin de producir risa y alegría por quienes la consumían.

Sin duda alguna la marihuana proviene de una planta considerada para muchas personas medicinal, sin embargo, sus efectos provocan cierta adicción en consumidores. En la actualidad conseguir marihuana no es tan complicado aunque para la ley no está permitida su venta. Los principales efectos de la marihuana se enfocan en el ritmo cardiaco aumentando las palpitaciones entre 20 y 50 por minuto, provocando alucinaciones durante el consumo de esta misma.

Se puede notar que, aunque aquí en México esta droga no es permitida, en otros países así como en sus culturas está legalizado el uso de esta sustancia.

- Drogas médicas

Con drogas médicas hacen referencia a todas aquellas sustancias consumidas bajo prescripción médica y que están al fácil alcance bajo receta médica, los cuales también provocan ciertos efectos en las personas produciendo una adicción. El uso de aspectos médicos legales al uso indebido de drogas según Armando Maccagno (2000) deben ser considerados bajo los siguientes aspectos:

El primero considerado como la relación hombre-droga, dentro de la cual existe la creencia de que toda persona que ha consumido algún tipo de droga es toxicómano, lo cual es totalmente erróneo dado que la actitud personal en el consumo es distinta a la del dependiente. Para estos casos se pide un informe médico detallado acerca del consumo de las sustancias y el motivo del uso de estas mismas.

El segundo aspecto es, el abuso de uso de drogas, en esta etapa el consumidor utiliza distintas drogas, de efectos contrarios de forma compensatoria. Y

finalmente el último aspecto, la drogadicción o droga dependencia, es el uso permanente y compulsivo de la droga impuesto por modificaciones en el organismo.

Dicho lo anterior podemos darnos cuenta que, mientras un médico administre o prescriba medicamentos a un paciente, no podemos considerar a éste como un adicto, ya que a pesar de que ciertos medicamentos causan efectos, el propósito de la administración puede no ser con fines únicamente de diversión, sino también pueden ser con fines asociados al bienestar de la salud.

Otra clasificación encontrada es la de Tellez Aguilera (citado por Mansilla, 2008), quien menciona que, se pueden establecer varios tipos de clasificaciones de drogas, como por ejemplo entre las drogas institucionalizadas (drogas de farmacia) y no institucionalizadas.

Dentro de las drogas institucionalizadas podemos encontrar estimulantes, hipnóticos, barbitúricos y no barbitúricos, los ansiolíticos, los neurolepticos, el alcohol y el tabaco.

Por otra parte, en las drogas no institucionalizadas, se pueden mencionar, el opio, la cocaína, el cannabis, el LSD, anestésicos, los alucinógenos vegetales, los inhalantes y el éxtasis.

Otra clasificación posible según Prieto y Téllez Aguilera 1986 (citados por Mansilla 2008, p. 16), en la que distingue tres grandes grupos de drogas: estupefacientes, dentro de los cuales se encuentran embriagantes, barbitúricos o hipnóticos, narcótico-analgésico-euforizantes y analgésicos-euforizantes; alucinógenos dentro de los cuales se encuentran naturales y artificiales o de síntesis y los volátiles, inhalables o disolventes. Así mismo, entre las clasificaciones habituales que se hace de las drogas es la de drogas duras y drogas blandas, en función de sí

producen, respectivamente, dependencia física o solo hábito, o dependencia psíquica. Dentro de las drogas duras se encuentran las siguientes, opiáceos, narcóticos, barbitúricos y alcohol, por otro lado dentro de las drogas blandas se encuentran el tabaco, el cannabis y los alucinógenos.

A continuación se señalan las descripciones que el autor menciona de cada una de las sustancias, las cuales a su vez tienen clasificaciones.

- Estupefacientes: referido a sustancias narcóticas o analgésicas que dan origen a adicción o dependencia; el dolor físico desaparece por la acción de estas, la conciencia puede reducirse hasta producir sueño. Dentro de este tipo de drogas existe una subclasificación, dentro de la que se mencionan los embriagantes, los cuales producen sensación de euforia y estado de depresión-narcosis (alcoholes, éter, benzol o cloroformo).
- Barbitúricos o hipnóticos: drogas sintéticas que actúan sobre el sistema nervioso central, rebajan el tono emocional, atención mental y disminuyen la capacidad sensorial. Dentro de este tipo de sustancias existen diferentes subgrupos que son los sedantes y tranquilizantes.
- Narcótico-Analgésico-Euforizantes: produce sueño o estupor y alivia el dolor.
- Analgésicos-Euforizantes: provocan un estado anímico de euforia (cocaína).
- Alucinógenos: percepción imaginaria sin causa exterior; provoca distorsión en la percepción de objetos y de sensaciones. No causan dependencia física, solo psíquica, o ni siquiera ésta (datura, peyote, belladona y mandrágora).

Dentro de los anteriores Téllez Aguilera (2000) indica los Naturales o vegetales (cannabis, peyolt, hongos adivinatorios de aztecas, cornezuelo de centeno). Y los Alucinógenos artificiales (LSD, DET, DPT, DMT, fenclidina).

Volátiles, inhalables o disolventes: incluye una serie de cementos plásticos, solventes comerciales, disolventes de pintura, gasolina y combustibles, colas y pegamentos. No producen dependencia física, aunque pueden producir tolerancia y dependencia psíquica (tricloroetano, triclorofluorometano).

Téllez Aguilera (2000) describe la siguiente clasificación, que se agrupa de acuerdo a distintos sistemas, clasificaciones funcionales, clasificaciones basadas en fuentes de origen, clasificaciones químicas y otras con base en los nombres genéricos (Mansilla, 2008, pag. 18).

En el Reino Unido, las regulaciones que controlan la provisión de medicamentos corresponden a una de cuatro categorías:

Fármacos controlados: estos medicamentos tienen potencial de adicción y abuso subsecuente. De acuerdo con lo establecido British National Formulary: The Misuse of medicines act (1971) prohíbe ciertas actividades en relación con los fármacos controlados, en particular su fabricación, provisión y posesión. Y se definen en tres clases:

Fármacos clase A y clase B: cocaína, diamorfina y petidina, y preparadas para inyección.

Fármacos clase B: anfetaminas orales, barbitúricos y pentasocina.

Fármacos clase C: esteroides androgénicos y anabólicos, marihuana y benzafetamina.

Fármacos de venta solo con receta: medicamentos que solo pueden ser provistos por una farmacia registrada o medico distribuidor mediante la presentación de una

receta escrita emitida por médico registrado, la receta debe contener cierta información de acuerdo con lo que indica British National Formulary (benzodicepinas o antibióticos de alguna problemática de índole de salud pública).

Fármaco de venta farmacéutica: medicamentos que solo pueden obtenerse en una farmacia registrada que se encuentra bajo la supervisión de un farmacéutico, no se requiere la presentación de una receta escrita de un médico registrado (medicamentos hipolipemínicos).

Listado de venta general: medicamentos que cuentan con el número menor de restricciones y pueden ser vendidos en la mayor parte de las tiendas o los supermercados sin intervención profesional de la atención de la salud.

Cabe destacar que esta clasificación podría corresponder dentro de la clasificación de las drogas médicas, ya que en este caso, se hace referencia a sustancias que tienen que ver bajo las vías de restricción médica.

1.3 Causas

El National Institute on Drug Abuse (2008) menciona una lista de posibles causas de la adicción la cual se presenta a continuación:

- El hogar y la familia. La influencia del ambiente en el hogar generalmente es lo más importante en la niñez. Los padres o personas mayores de la familia que abusan del alcohol o de drogas, o que tienen comportamientos criminales, pueden aumentar el riesgo de que los niños desarrollen sus propios problemas con las drogas. Además los conflictos entre los miembros y la desunión también generan esta problemática.

- Para sentirse bien. La mayoría de las drogas de abuso producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia va seguida por otros efectos, que difieren según el tipo de droga usada. Por ejemplo, con los estimulantes como la cocaína, el “high” o euforia es seguido por sentimientos de poder, autoconfianza y mayor energía. Por lo contrario, la euforia producida por los opiáceos como la heroína es seguida por sentimientos de relajamiento y satisfacción.

- Para sentirse mejor. Algunas personas que sufren de ansiedad, o de trastornos relacionados al estrés o depresión, comienzan a abusar de las drogas en un intento de disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en determinar si alguien comienza o continúa abusando de las drogas y en las recaídas en los pacientes que están recuperándose de su adicción.

- Para rendir mejor. La necesidad que algunas personas sienten de mejorar su rendimiento atlético o cognitivo con sustancias químicas puede jugar un papel similar en la experimentación inicial y en el abuso continuado de la droga.

- Por curiosidad o “porque los demás lo hacen”. En este respecto, los adolescentes son particularmente vulnerables debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros. Es más probable, por ejemplo, que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío.

-Para evadir emociones negativas: La necesidad de cubrir o evadir ciertas cuestiones que no les gusta experimentar o no les causan algún tipo de placer sentir, con las drogas pueden evadir este sentimiento.

Por otra parte Macia (2000) señala también, que *“el consumo de drogas responde a dos necesidades básicas: a la búsqueda de placer y al rechazo de malestar. Con relación a los adolescentes, cuando la realidad resulta difícil, suelen pensar que en la droga encontrarán la satisfacción a los problemas, además muestran una*

importante ausencia de preocupación por las consecuencias negativas del abuso de sustancias psicoactivas” (García, 2002, pag. 39).

Si bien existen diversos factores que pueden incidir en las causas de una adicción, se puede advertir además que, una adicción no es específica de una edad en particular, sino que se puede estar expuesto a ellas en cualquier momento, ya sea en el ambiente familiar, escolar o social, no dejando de lado los motivos emocionales individuales de cada sujeto.

1.4 Consecuencias

Massün en 1991 menciona que, los efectos producidos por el consumo de cualquier droga varían en función de la interacción de numerosos factores, entre los que se cuentan según ella:

Las características de la sustancia ingerida (tipo de droga, calidad, pureza química, cantidad).

Las características individuales del consumidor (edad, peso corporal, metabolismo, estado de salud general, rasgos de carácter, personalidad, formación, conocimientos, creencias, etc).

Las circunstancias y el medio en que se consume (estado de ánimo, experiencia previa, expectativas, la razón por la que se toma la droga, ambiente social y cultural, etc).

Dicho lo anterior se puede comentar que dependiendo de los diversos factores ya expuestos, los efectos actuarán en el individuo de manera diferente, y por ende las consecuencias del uso de las sustancias también serán variadas, incluyendo así las repercusiones en la calidad de vida, dependiendo del consumo y del estilo de vida del individuo.

En su libro, *Prevención del uso indebido de drogas*, Massün 1991 considera los siguientes posibles daños o consecuencias para cada una de las sustancias.

En primer lugar menciona a los depresores tales como el alcohol, barbitúricos (cápsulas o comprimidos, tranquilizantes) y los inhalantes (cemento, plástico, gasolina, pegamentos).

- Alcohol. El uso excesivo o prolongado de esta sustancia puede causar pérdida de autocontrol, agresividad y violencia, así como graves daños a la salud, ocasionando inflamación de páncreas, úlceras, deficiencia nutricional y lesiones hepáticas o cerebrales e impotencia sexual.

- Barbitúricos. Pueden provocar enfermedades como anemia o hepatitis, problemas de coordinación motriz, entorpecimiento del habla, trastornos visuales y de percepción, sueño intranquilo y violentos dolores de cabeza.

- Inhalantes. Éstos causan daños irreversibles en los conductos nasales, el hígado, los riñones y los pulmones, además puede causar lesiones cerebrales y paros respiratorios.

En segundo lugar Massün (1991) menciona a los estimulantes como son las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y el café

- Anfetaminas. Provoca sobreexcitación, temblores, y pérdida apetito crónico, alucinaciones visuales y auditivas, psicosis, depresión intensa y pérdida de peso.

- Cocaína. Causa daños fisiológicos muy graves, especialmente en el hígado y los riñones, puede ocasionar hepatitis, pérdida de peso, deficiencias vitamínicas y lesiones cerebrales, así como también la pérdida de la potencia sexual.

- Tabaco y Café. Si bien, son pocas las consecuencias de estas sustancias en la percepción, la conducta o en la función motora, sin embargo son los primeros en provocar ataques cardíacos, enfermedades de los pulmones, entre las más graves el cáncer, además agudizan los problemas de bronquitis crónica o enfisema.

En tercer y último lugar menciona a los perturbadores en los que se encuentran el LSD y el cannabis.

- LSD. Generan distorsiones visuales, auditivas o táctiles incluyendo un componente emocional muy intenso, pérdida de contacto con la realidad, distorsión de tiempo y espacio, en ocasiones pánico, paranoia y agresividad. Además también puede provocar depresión y psicosis crónicas.

- Cannabis. Interfiere en la memoria inmediata, la concentración y la coordinación motriz, apatía, distorsión del tiempo y distancia, perturbación de la comunicación oral, y alucinaciones en algunos casos.

Como ya se ha mencionado, son distintas las consecuencias que se pueden generar a partir del uso de las diferentes sustancias que existen. Sin embargo, se considera que las consecuencias o efectos producidos por las drogas que menciona la autora son únicamente a nivel individual, habría que decir también que pueden existir consecuencias en otro nivel, así como los accidentes ocasionados bajo los efectos de éstas, las consecuencias económicas que pueden ocasionar delincuencia al no tener los recursos para proveerse, las que interfieren en la interacción social como la apatía, el aislamiento, el rechazo de ciertas personas, incluso las conductas agresivas o violentas que puedan presentar con familiares y además las repercusiones que se pueden presentar a nivel laboral o académico.

Por otra parte según el DSM-V (2013), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Las siguientes afecciones se pueden clasificar como inducidas por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognoscitivos).

Según el DSM-V (2013) los trastornos relacionados por consumo de sustancias abarcan diez clases de drogas distintas dentro de las cuales encontramos; alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. De los que se señalan los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno por abuso de sustancias.

Un modelo problemático de consumo de sustancias que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses.

- Se consume sustancias con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sustancias.
- Se interviene mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sustancias, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sustancias.
- Consumo recurrente de sustancias que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

- Consumo continuado de sustancias a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los defectos de las sustancias.
- El consumo de sustancias provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- Se continúa con el consumo de sustancias a pesar de saber que se sufre por un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por las sustancias.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de sustancias para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancias.
- Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos.
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico de las sustancias.
 - Se consumen sustancias para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Es un hecho que las consecuencias del uso o abuso de sustancias adictivas puede variar dependiendo de la sustancia que se utiliza, la vía de administración y las dosis. Para ello, en el siguiente apartado se dará una revisión al modelo explicado por Stanton Peele.

1.5 Sustento Teórico

En la bibliografía especializada se reconoce que el consumo y la dependencia de sustancias adictivas están influidas por una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo (Organización de los Estados Americanos, 2013). Tomando esto en cuenta nos

basaremos en el modelo biopsicosocial enfatizando en lo psicológico y social propuesto en el modelo social de Peele.

El modelo biopsicosocial se caracteriza por ser una aproximación holística, que propone dos vertientes:

- a) un modelo de causación superador del modelo clásico de causa-efecto postulándose como “un nuevo paradigma a la medicina”.
- b) la puesta por dar la palabra al paciente en el proceso asistencial, pasando de ser mero objetivo a ser sujeto del acto clínico.

Engel creía que todos los fenómenos importantes relativos de la salud participaban en aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social, de igual forma no negaba que la corriente biomédica había aportado grandes avances a la medicina, pero la criticaba por las siguientes razones:

- a) Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad, esta aparece por interrelación de diversas causas dentro de las cuales también se encuentran las psicológicas y sociales no solo las moleculares.
- b) La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla.
- c) Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pueda considerarse.
- d) La aceptación del rol de enfermo no viene determinado de manera mecánica por presencia de una anomalía biológica.

e) El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales y por último.

f) La relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico. Finalmente con el desarrollo del modelo biopsicosocial en su vertiente de práctica clínica dio lugar al “modelo centrado en el paciente” dentro del cual se recomienda averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerlo participe en la toma de decisiones (Engel, 1977 citado en i Carrio, 2002).

Siguiendo esta misma tendencia, el modelo social de Stanton Peele explica la conducta adictiva, basada en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción si no el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influye de manera clave en la experiencia adictiva. No deja de reconocer que las experiencias pasadas, así como la personalidad y el entorno social, determinan su estilo de enfrentarse a la vida. La drogas y las conductas que producen adicción se convertirían en muletillas que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, depresión, dolor, etc.

Las características que toma en cuenta Peele para una adicción son las siguientes: es continuo, desvirtúa las otras implicaciones que una persona posee limitando todos los ámbitos de la vida, no es una experiencia placentera y a ella se llega para eliminar el dolor sea físico o emocional; y es la incapacidad de escoger el no hacer algo.

El adicto se caracteriza por ser dependiente, no por la sustancia si no por el impulso de depender y por su pasividad, siendo esta la esencia de la adicción. Así la adicción se destaca por su efecto instantáneo y porque se consigue de modo

seguro el efecto deseado, además de que es la excusa para no adaptarse ni esforzarse a su entorno ni a la vida. La droga o la conducta adictiva permiten desconectar del mundo, aunque sea solo parcialmente.

Por otro lado Peele dentro de sus investigaciones publicó un artículo “Addiction as a Social Disease” (2014), con base en este estudio arrojó los siguientes datos. Fumar es una actividad social a escala reducida, por ejemplo el 12% de los graduados de la universidad fumó el último mes, en comparación con el 34% de aquellos sin diplomado de escuela secundaria y el 29% que se graduó de la preparatoria pero no fue a la universidad.

En el caso de beber, las personas mejor educadas y acomodadas beben a más a menudo que los estadounidenses más pobres y menos educados, alrededor del 70% de los graduados universitarios beben alcohol, por otra parte solo el 35% que carece un diplomado lo hace.

Sin embargo, el uso de drogas ilícitas es menos común que fumar y beber, por tal motivo no se encuentran variables demográficas significativas en encuestas gubernamentales. Es más probable que los jóvenes por diversas razones participen en conductas de riesgo y en particular en el abuso de sustancias incluido el alcohol.

Otro estudio “Is Addiction a Brain Disease” (2015), dentro del cual se mencionan trabajos importantes, uno de ellos de Ethan Nadelman en 1988 dentro del cual menciona que, *“El significado de la adicción convertido en la expresión clásica de la extensa investigación que muestra que la adicción no se puede resolver. La experiencia humana biológicamente vivida y su interpretación son fundamentales para la incidencia, el curso, el tratamiento y la remisión de la adicción”*.

En 1985 Peele creó una teoría “The meaning of addiction”.

“Las personas se vuelven adictas a las experiencias. La experiencia adictiva es la totalidad del efecto producido por una participación; proviene de fuentes farmacológicas y fisiológicas, pero toma su forma última de las construcciones culturales e individuales de la experiencia. La forma más reconocible de adicción es un apego extremo y disfuncional a una experiencia que es extremadamente dañina para una persona, pero que es una parte esencial de la ecología de la persona y que la persona no puede abandonar. Este estado es el resultado de un proceso dinámico de aprendizaje social en el que la persona encuentra una experiencia gratificante porque alivia las necesidades sentidas urgentemente, mientras que a la larga daña la capacidad de la persona para enfrentar y la capacidad de generar fuentes estables de gratificación ambiental”.

La adicción tiene lugar con una participación que proporciona recompensas esenciales que la persona necesita y no puede obtener de otra manera.

1.6 Instrumentos

1.6.1 AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.

Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La primera edición fue publicada en 1989 y actualizada en 1992. Ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países, es el único test de screening diseñado específicamente para su uso internacional y de personal de atención primaria. Es breve, rápido y flexible. Consistente con las definiciones de la CIE 10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Se llevó a cabo un estudio transaccional para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening. Fue llevado a cabo en 6 países

(Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos de América). El método se llevó a cabo mediante la selección de ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos de consumo perjudicial.

Su objetivo comprende en identificar a las personas con patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. Proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores de consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello evitar las consecuencias perjudiciales.

Tabla 1. Desarrollo de los ítems del AUDIT

Dominios	Ítem	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia de consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Perjudicial del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

En la tabla 1 se observa el desarrollo de los ítems por área del instrumento AUDIT.

Fuente: Babor Thomas, F., & Higgins-Biddle John, C. (1992).

Aplicación

Puede ser administrado individual o colectivo, se recomienda que el entrevistador muestre una actitud amable durante la aplicación del instrumento. El paciente no debe estar intoxicado o requiriendo un tratamiento de urgencias debido al consumo de alcohol.

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de tipo Likert que va de 0-4 puntos con cinco opciones de respuesta. El entrevistador debe anotar la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente, dentro del cuadro que se encuentra a lado de cada pregunta. Todas las puntuaciones de las respuestas deben ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado "Total".

En general una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indican un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas de la 4 a la 6 implica el inicio o la presencia de dependencia de alcohol. La puntuación obtenida a partir de la pregunta 7 a la 10 implica experimentación de daños a base del consumo de alcohol. Es importante hacer mención que esta interpretación será en específico a nivel individual en la presencia específica de consumo.

Tabla 2. Puntuación de zonas de riesgo del AUDIT total.

AUDIT TOTAL				
Zona de Riesgo	Puntuación	Nivel de riesgo	Recomendación	
I	0-7	Bajo riesgo	Vigilancia de consumo de alcohol	
Zona de Riesgo	Puntuación	Nivel de riesgo	Recomendación	
II	8-15	Medio	Se recomienda un consejo enfocado a la reducción de alcohol.	
III	16-19	Alto	Se sugiere terapia y abordaje continuo.	
IV	20	Muy alto- dependencia	Evaluación más amplia de la dependencia de alcohol.	

En la tabla 2 se observa la puntuación y de acuerdo a esta se ubica en la zona de riesgo dividido en IV áreas.

Fuente: Babor Thomas, F., & Higgins-Biddle John, C. (1992).

La consistencia interna del AUDIT se ha estimado en rangos que van de .75 a .94 en valores de alpha en diferentes poblaciones. Para diversos estudios han sugerido un punto de corte de 8 (Carey, K; Carey, M y Chandra 2003; Dybet et al 2006) debido a que es más sensible a las sobrepertes sobre su consumo real.

En la investigación se utilizó también el instrumento DAST para determinar el consumo de drogas, el cual se describe en el apartado siguiente.

1.6.2 DAST Test de Evaluación para el Consumo de Drogas

Existe una versión abreviada del test. DAST-20 que consta de 20 ítems con propiedades similares al test original. Su objetivo es identificar el abuso de drogas o la dependencia a diferentes sustancias psicoactivas y detectar el grado de problemas que se relacionan con dicho abuso/dependencia.

Consistencia interna: 0,92 – 0,94. La correlación entre la versión original (28 ítems) y la versión abreviada (20 ítems) es de 0,99.

El DAST se ha mostrado sensible para la detección de trastornos por consumo de drogas como las entrevistas clínicas o los registros de caso. Un punto de corte de 6 presenta una sensibilidad del 0,96 y una especificidad entre 0,79 0,81. Las puntuaciones del DAST correlacionan significativamente con el consumo de drogas (heroína y otros opiáceos, 1 anfetaminas, barbitúricos, cannabis, alucinógenos y pegamento). También presenta correlaciones positivas con otras medidas psicopatológicas como hipocondría, depresión, ansiedad, problemas interpersonales y desviación social.

En cuanto a datos utilizados en México el instrumento DAST resultó ser muy consistente con un alpha de 8.6 en población psiquiátrica.

Aproximadamente el tiempo de aplicación se basa entre 5 minutos. El paciente debe leer las preguntas y rodear con un círculo la respuesta apropiada (sí/no) acerca de su posible abuso de drogas.

Cada respuesta afirmativa es un punto, exceptuando en los ítems 4 y 5 en los que se puntúa la respuesta negativa (No = 1 y S í = 0). La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. La puntuación total se encuentra de 0 a 28, de tal forma que un punto de corte de 5 puntos indica un probable trastorno por consumo de

sustancias. En la versión de 20 ítems, una puntuación de 0 indica que no hay evidencia de que existan problemas con las drogas. A medida que la puntuación del DAST aumenta, también lo hace el nivel de problemas relacionados con las drogas. La puntuación máxima 20 indica problemas considerables. Una puntuación de 5 – 6 podría estar indicando la existencia de un trastorno por abuso de drogas.

Con esta información damos por terminado el capítulo uno dentro del cual se desarrolló información como la clasificación de las sustancias adictivas, las principales drogas consumidas, los factores que llevan al consumo, el funcionamiento cerebral, la revisión del modelo de Stanton Pelee y se finalizó con la evaluación; con lo cual daremos paso al capítulo dos acerca de calidad de vida.

Capítulo 2. Calidad de Vida

Para continuar con el capítulo dos, partimos de la definición de calidad de vida, la cual consideramos importante para nuestro estudio puesto que es fundamental ya que se hizo posteriormente la asociación de ésta con el capítulo uno referente a las adicciones.

El término de calidad de vida fue introducido entre las décadas de los 50's y 60's de acuerdo a un deterioro del medio ambiente y las condiciones de vida en las que se encontraban las personas. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INEGI, 2005) en un estudio realizado en México detecto que la expectativa de vida en 1930 era de 34 años y para 2005 incremento más de 75 años. Sin embargo, con el pasar de los años se ha llevado a cabo un deterioro de ambiente como ya se había mencionado con anterioridad, este mismo deterioro se acompaña con el incremento de enfermedades sociales en países desarrollados, en los que la estabilidad económica no es un indicador alto, sus principales consecuencias de estos deterioros se basan principalmente en la pérdida del sentido de vida, incremento de suicidios, violencia, drogadicción y depresión.

Según Campell 1981 y Meeberg 1993 (citados por Urzúa, 2012, p. 62) la utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras.

Señala Arostegui (1998) que en un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Y es durante la década de los años cincuenta y comienzos de los sesenta, cuando con el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización

de la sociedad surge la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, así las ciencias sociales inician el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población (Torres, 2010).

Por su parte, cabe mencionar que, desde la versión Hipocrática del paradigma antiguo, surge el interés por el “estilo de vida”, y las causas internas o pre dispositivas; cuando estas dos entidades no estaban en completo equilibrio, aparecía la enfermedad (Salas, 2013).

Dicho de otro modo, cuando se presenta una inestabilidad entre los estilos de vida que llevan a cabo los individuos y el sentido interno de cómo perciben el éxito o fracaso, es entonces, cuando se manifiesta una anomalía en el sujeto.

Respecto a la calidad de vida, se puede decir que es un término que se relaciona con diferentes acepciones en su mayoría positivas, las cuales se encuentran relacionadas con el vivir y estar bien, contar con salud, sentirse satisfecho o feliz por ejemplo, lo cual se encuentra también relacionado con el estilo de vida que lleva cada sujeto.

Más aún en 2003 Ardila refiere que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos objetivos y aspectos subjetivos. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Con aspectos objetivos se refiere al bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

En el caso de Ferrans en 1990, menciona que la calidad de vida en general es definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella (Urzúa, 2012).

Además, Ardila (2003) cita a Levy y Anderson en 1980 quiénes consideran a éste término como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, así como de felicidad, satisfacción y recompensa tal como la percibe cada individuo y cada grupo.

Por otro lado la OMS ha definido a la calidad de vida como *“la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”* (Cardona, Agudelo y Byron, 2005, pag. 85).

Dentro de todas las definiciones enlistadas anteriormente la calidad de vida es conceptualizada como un bienestar físico y mental a nivel individual, estos estándares van a variar dependiendo de cada persona y sus creencias acerca del bienestar en cuanto a su calidad de vida implicando también valores.

Sin duda alguna la calidad de vida no tiene un ámbito de vida específicamente determinado dentro del cual pueda ser evaluada, por tal motivo se puede evaluar a nivel emocional, físico, económico y hasta político, dentro de la investigación nos enfocamos específicamente a su relación con el consumo de adicciones. Para ello, tomando como eje los intereses de la investigación y la asociación con los dominios del instrumento WHOOWOL-BREF a lo largo de ésta trabajaremos con la definición citada por Velarde y Ávila quienes la definen de la siguiente manera: *“Es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, accesos a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de la comunidad”* (Velarde y Ávila,

2002, pag. 350). Con los datos mencionados con anterioridad se pretendió enlazar el consumo de dichas sustancias tóxicas con el impacto generado en la calidad de vida.

2.1 Componentes de la calidad de vida

El concepto de calidad de vida se ha estudiado desde el campo de la psicología y de la sociología. Por un lado está el movimiento de indicadores sociales, en el cual se buscaba tener indicadores objetivos de tipo económico y social para describir el nivel de vida de una sociedad. Por el otro lado, se encuentra el estudio del bienestar subjetivo, que considera que tanto los indicadores económicos como sociales son insuficientes para determinar la calidad de vida de una persona. Desde este punto, para medir la calidad de vida y, por tanto, para juzgar qué tan bien viven las personas, es necesario obtener las percepciones de las mismas acerca de su vida (García y Sales, 2011).

Para Sánchez-Sosa y González-Celis (2006) el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales.

- Aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional.
- El acceso a los recursos y las oportunidades.
- La sensación de bienestar.

Englobando a las dos primeras dimensiones como objetivas refiriéndose al funcionamiento, social, físico y psíquico; la última dimensión como subjetiva refiriéndose al concepto de bienestar o satisfacción con la vida. Para la evaluación de la calidad de vida deben tomarse en cuenta ambas, la clasificación de las dimensiones tanto subjetivas como objetivas, Yasuko, Romano, García y Félix (2005), señalan que los indicadores subjetivos son difíciles de medir (algunos ejemplos son, la felicidad, satisfacción y el autoestima), mientras que las objetivas

son de una medición más fácil (algunos ejemplos son economía, nivel socio-cultural, limitaciones funcionales, así como los problemas de la salud).

Por lo anterior, podemos entender que existen dos componentes o dimensiones que desglosan el término expuesto, y que a su vez cada dimensión consta de diferentes características.

Por otro lado la calidad de vida se mide mediante cinco dominios principales que son los siguientes, mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Dentro de este campo se maneja una dimensión dentro de la cual se abarcan tres componentes, la primera es la incapacidad la cual es medida por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, la incomodidad caracterizada por la presencia de dolor y fatiga a nivel individual y por último la insatisfacción medida por el logro alcanzado de acuerdo a expectativas según el desempeño social y el bienestar general de vida.

Variables independientes en salud.

Según el modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson (1986) se distingue tres tipos de variables independientes, la primera de ellas son las situacionales dentro de las cuales se encuentra el apoyo social, modelos sociales a los que se encuentre expuesto el individuo, le continúan las creencias, percepciones, expectativas, motivaciones entre otras; y finalmente las consecuencias anticipadas de las conductas saludables.

Por su parte, lo que se considerará en la presente investigación son los cuatro dominios que comprende el instrumento WHOQOL-BREF, los cuales integran a la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

2.2 Surgimiento de la psicología de la salud

La psicología de la salud surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa con apoyo de diferentes psicólogos enfocados a diferentes áreas de la psicología.

La Asociación Psicológica Americana crea en 1978, la Health Psychology, la división de la psicología de la salud mediante la cual surgen nuevas áreas dentro de las cuales podemos encontrar las siguientes, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos.

Para Matarazzo (1980) la psicología de la salud es, *“la suma de las contribuciones profesionales, científicas, y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”*. (Oblitas, 2010, pag. 15).

Por su parte Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998, citados en psicología de la salud y calidad de vida), destacan cuatro aspectos dentro de la psicología de la salud; promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, estudio etiológico y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones y el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Sin duda alguna con el surgimiento de la psicología de la salud nace también una importancia que en la actualidad se dejó de lado debido a solo hablar acerca de la enfermedad como tema principal y dejando de lado la promoción y prevención de

esta misma, de tal forma que se pueda aumentar el estilo de la calidad de vida de los individuos.

2.3 Evaluación de calidad de vida

La medición de la calidad de vida se centra básicamente en indicadores tradicionales de la salud, en el deterioro de las actividades cotidianas del individuo así como la conducta a enfermar, discapacidad o estatus funcional, en base a estos indicadores se elaboraron instrumentos que posibilitan la medición del impacto de la enfermedad, es importante mencionar que no evalúan la calidad de vida si no la pérdida de la salud.

La OMS plantea la necesidad de contar con una herramienta que preste mayor atención al bienestar de los pacientes. Así como desarrollar una promoción continua de la salud y de su atención.

La OMS desarrolló un instrumento para evaluar la calidad de vida, en el caso de México la adaptación de este instrumento se llevó a cabo por González-Celis (2002) mediante un proceso de traducción y de una adaptación de lenguaje del uso común español. A continuación se describe el proceso.

El instrumento cuenta con una versión corta WHOQOL-BREF, es importante mencionar que dicho instrumento mencionado con anterioridad fue empleado en la investigación, sin embargo se mencionarán otros instrumentos que también se utilizan para la medición de la calidad de vida.

2.3.1 WHOQOL Escala de calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con la ayuda de 15 centros colaboradores de todo el mundo se desarrollaron 2 instrumentos para medir la calidad de vida, WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF en una versión abreviada de 26

ítems. Ambos instrumentos proporcionan una perspectiva nueva de la enfermedad al centrarse en la opinión que los individuos tienen de su propio bienestar.

WHOQOL-100

Compuesto por 100 ítems. Produce puntuaciones en relación a facetas particulares de calidad de vida (sentimientos positivos, apoyo social, recursos económicos), puntuaciones en relación a áreas (física, psicológica, relaciones sociales) y una puntuación a calidad de vida global y a la salud general.

Tabla 3. Áreas y facetas del instrumento WHOQOL

Áreas	Facetas
Salud física	Energía y fatiga
	Dolor y malestar
	Sueño y descanso
Psicológica	Imagen corporal y apariencia
	Sentimientos negativos
	Sentimientos positivos
	Autoestima
	Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración
Nivel de independencia	Movilidad
	Actividad de vida diaria
	Dependencia de medicamentos y ayuda medica
	Capacidad laboral
	Relaciones personales

Relaciones sociales	Apoyo social
	Actividad sexual
	Recursos económicos
	Libertad y seguridad física
	Sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad
Ambiente	Ambiente del hogar
	Oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas
	Participaciones y oportunidades de recreo/ocio
	Ambiente físico (contaminación, ruido/tráfico, clima)
	Transporte
Espiritualidad/religión/creencias personales	Espiritualidad
	Religión
	Creencias personales

En la tabla 3 se observa puntuaciones en relación a facetas particulares de calidad de vida (sentimientos positivos, apoyo social, recursos económicos), puntuaciones en relación a áreas (física, psicológico, relaciones sociales) y una puntuación a calidad de vida global y a la salud general.

Se administró el WHOQOL-100 a una muestra de 558 sujetos-pacientes ambulatorios, población general, pacientes esquizofrénicos y cuidadores de pacientes esquizofrénicos viendo que el instrumento discriminaba entre los diferentes grupos (Lucas, 1998) Los coeficientes de las facetas variaban entre 0,43 (la faceta “seguridad física”) y 0,90; y los coeficientes de las áreas variaban entre 0,69 y 0,90 (según información personal de los autores de la adaptación)

Las puntuaciones de las áreas producidas por el WHOQOL-BREF mostraron correlaciones de alrededor de 0,90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. También mostraron una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas.

WHOQOL-BREF

Compuesto por 26 ítems. Produce puntuaciones de áreas, pero no puntuaciones de facetas individuales. Proporciona un perfil de calidad de vida percibida en las personas. Diseñado para ser usado tanto en población general como un paciente, proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora.

Produce dos medidas, calidad de vida total y estado de salud general y cuatro medidas parciales, una para cada una de los cuatro dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente).

Tabla 4. Distribución de los reactivos del WHOQOL de acuerdo a las áreas

Dominios	Reactivos
Calidad de vida en general	1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida? 2. ¿Qué tan satisfecho esta con su vida?
Salud física	3. ¿Qué tanto siente el dolor físico le impide realizar lo que necesita hacer? 4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria? 15. ¿Qué tan capaz se siente para

moverse a su alrededor?

16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?

17. ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria?

18. ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?

Salud psicológica

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene significado (religioso, espiritual o personal)?

7. ¿Cuál es su capacidad que tiene Para concentrarse?

11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?

19. ¿Se siente satisfecho con su vida?

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza. Ansiedad, depresión?

Relaciones sociales

20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?

21. ¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?

Medio ambiente

22. ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?

8. ¿Cuánta seguridad tiene en su vida diaria?

9. ¿Cuán saludable es el medio ambiente físico a su alrededor?

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?

14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?

23. ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?

24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?

25. ¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?

En la tabla 4 se observa los reactivos del instrumento WHOOQOL de acuerdo a las áreas que el mismo instrumento maneja.

Todos los reactivos se califican otorgando una puntuación en una escala de 1-5 a excepción de los reactivos negativos que engloban los ítems 3, 4 y 26 dentro de los cuales la escala queda de la siguiente manera 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 y 5=1.

Una vez asignada la puntuación a cada reactivo, se obtiene el promedio para cada uno de los cuatro dominios, sumando las calificaciones y dividiendo entre el número de ítems para cada área, una vez realizada esta operación y obtener la puntuación promedio dicha calificación es multiplicada por cuatro. El instrumento cuenta con un intervalo mínimo de 4 puntos y un máximo de 20 puntos lo que indica puntajes bajos, es decir, menor calidad de vida y puntajes altos, mayor calidad de vida.

Dentro del capítulo dos se abarcó la definición y el surgimiento de calidad de vida, así como los antecedentes y componentes de ésta. Para terminar con la evaluación dentro de la cual se describió el instrumento que se utilizó para la medición de esta variable en la investigación. Para dar continuación al inicio del capítulo tres, en el que principalmente se expone el planteamiento del problema, objetivos hipótesis y justificación.

Capítulo 3. Planteamiento del Problema

El consumo de sustancias adictivas es un fenómeno que afecta a diversas poblaciones, no solo al nivel de nuestro país sino también fuera de él, en distintas regiones de otros países. Según el Institute for Health Policy en 1993, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas producen cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida.

Todos viven el problema, pero lo viven de manera distinta. Y lo mismo ocurre con los países, para los cuales el problema se manifiesta de manera diferente según sus realidades específicas (Observatorio Interamericano de Drogas, 2015).

Dado lo anterior se plantea que el investigar más a fondo el consumo de sustancias adictivas en los adultos es de importancia ya que esto no afecta únicamente a zonas de México y por ende al ser un problema internacional los efectos, riesgos y consecuencias que este produce generan un fenómeno mayor.

Según el Observatorio Interamericano de Drogas en 2015, se mostró la siguiente información respecto a la prevalencia en el consumo de sustancias adictivas:

La prevalencia del consumo de alcohol en el último año se encuentra entre un 50% y un 60% en México, Perú, Venezuela, Chile, República Dominicana, Colombia y Bolivia. Entre la población general por grupo de edad los niveles más altos de consumo de alcohol se encuentran entre la población adulta que va de los 18 a los 34 años de edad.

En cambio, en la presente investigación el rango de edad que se plantea estudiar es de los 18 a los 56 años edad, ya que es de importancia saber si existe mayor incidencia en estas edades.

Por otra parte, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y Tabaco (2016/2017), la población adulta de entre 18 y 65 años muestra que el 15% de la población ha consumido cualquier droga alguna vez en su vida, dentro de los cuales el 22.8% son hombres y el 7.6% mujeres.

En un estudio realizado en Jalisco, se encontró una prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida de 16.4%; en los hombres (17.7%) y en las mujeres (15.2%), (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes, 2014).

De acuerdo a lo anterior, se percibe a los hombres con mayor ingesta de sustancias respecto al porcentaje que presentan las mujeres, por ende existe una diferencia entre el consumo por sexo, lo cual genera una incógnita para la zona dónde se realizará el presente estudio.

Otro dato importante se encuentra dentro del Informe Mundial sobre las drogas en 2014 citado por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en estudiantes (2014), en el que se refiere que en la población mundial entre 15 y 65 años de edad, los hombres son dos o tres veces más propensos al uso de sustancias que las mujeres.

Lo que lleva a una persona a incursionar en el consumo de drogas, y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo (Organización de los Estados Americanos, 2013).

De manera general se puede advertir de acuerdo a la información anterior que, en diferentes países o regiones geográficas se presenta un consumo de sustancias adictivas, aun cuando la frecuencia del consumo pueda diferir dependiendo el país, esto es, que en algunos países la prevalencia del uso de sustancias es más

alta y en otros es más baja. Sin embargo, en vista de que se encuentra la presencia de dicho consumo se infiere que esto genera efectos en diferentes aspectos de la vida de los individuos.

Por ejemplo, lo que menciona Peele (1985) en su modelo biopsicosocial, en el que sostiene que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta la experiencia y cómo responde tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, además menciona que el modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influye de manera clave en la experiencia adictiva.

Así como los aspectos que mencionan, García y Sales en 2011, los cuales dicen que existen aspectos objetivos de la calidad de vida que se ven afectados debido al consumo de drogas tales como el económico y social que caracterizan el nivel de vida de las personas, que generan consecuencias como por ejemplo el ausentismo en el trabajo o escuela, deudas, falta de dinero, así como también aislamiento tanto en la familia como con los amigos, o rechazo de los demás, estos se consideran objetivos porque pueden ser medibles, así como también existen aspectos subjetivos relacionados con la propia percepción de los sujetos acerca de su condición de vida, y que tienen que ver con la apreciación individual sobre algunos aspectos psicológicos como sus capacidades, problemas emocionales y su forma de afrontar problemas.

Por ello el interés de la presente investigación en indagar la comparación del consumo de sustancias y la calidad de vida entre hombres y mujeres, esto en la región de Zumpango.

3.1 Pregunta de investigación

¿En qué sexo prevalece mayor consumo de sustancias adictivas y cómo afecta en la calidad de vida?

3.2 Justificación

En la actualidad el índice de sustancias tóxicas ha ido en aumento. La Organización de Naciones Unidas (2011) estima que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta a nivel mundial, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010, mientras que en México en 2008 el índice para la población de 12 a 65 años, el año previo al levantamiento de los datos fue de 1.6%, lo que ubica a México en el contexto internacional como uno de los países con bajo nivel de consumo, pero que, a su vez, reporta incremento el problema. Estudios realizados posteriormente en el año 2012 indican que en México una de las causas de este problema es debido al crecimiento demográfico.

En la presente investigación se realizó una comparación del consumo de sustancias adictivas y calidad de vida entre hombres y mujeres, con la finalidad de determinar cuál de los dos sexos presenta una mayor ingesta de estas mismas y si esto se ve reflejado en su calidad de vida.

En cuanto a datos acerca de la drogadicción, el Instituto Nacional de Psiquiatría Román de la Fuente (2006) encontró un incremento importante en el consumo de drogas entre adolescentes, donde el rango promediaba entre los 14 años de edad. En cuanto al alcoholismo estudios realizados (2017), indican más del 13% de la población presentan dependencia de alcohol; la mayor parte de la población pertenece al género femenino y el promedio de edad se encuentra entre 18 y 65 años.

3.3 Objetivo general

Comparar el consumo de sustancias adictivas entre hombres y mujeres de la Región de Zumpango, con la finalidad de determinar si la ingesta de las sustancias se presenta en la misma cantidad en ambos sexos, o si por el contrario uno de los dos sexos presenta mayor ingesta de estas mismas y cómo se ve reflejado esto dentro de su calidad de vida.

3.4 Objetivos específicos

Identificar el consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

Identificar el consumo de drogas en hombres y mujeres

Identificar la calidad de vida de hombres y mujeres

Identificar si la calidad de vida de los adultos de la Región de Zumpango se ve afectada por el consumo de sustancias adictivas

3.5 Hipótesis

Considerando que la literatura señala que el consumo de sustancias ha incrementado constantemente tanto como en hombres como en mujeres, se especifica que los hombres se mantuvieran como principales consumidores tanto de alcohol como de sustancias adictivas, y las mujeres presentan menor consumo de sustancias adictivas.

De acuerdo con los antecedentes el consumo de sustancias adictivas perjudica la calidad de vida en la población general y si los hombres son principales consumidores, entonces se espera que presenten menor calidad de vida.

Capítulo 4. Marco Metodológico

El método que se usó en la investigación es de tipo deductivo, ya que se partió desde la observación del fenómeno que se estudió, en decir, el consumo de sustancias. Posterior a esto se formuló una hipótesis que se comprobó al final de la investigación para determinar si es aceptada o rechazada debido a los criterios planteados.

El método deductivo busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá, y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Así bien, el método deductivo, es un sistema para organizar hechos conocidos y extraer conclusiones, lo cual se logra mediante una serie de enunciados que reciben el nombre de silogismos (Dávila, 2006).

4.1 Enfoque

El enfoque que se aplicó en el estudio es de tipo cuantitativo ya que, se recolectaron datos e información mediante instrumentos que se aplicaron a una población de adultos. Dicha técnica se usó debido a que al recolectar los datos se utilizaron cifras para de este modo evaluar y analizar la información, y de esta manera obtener los resultados.

Con respecto a lo anterior, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que, El método cuantitativo es secuencial y probatorio. Usa la recolección de datos

para probar hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse en el “mundo real”.

4.2 Tipo de Estudio

Mientras tanto, el estudio que se aplicó en la presente investigación es comparativo descriptivo, ya que lo que se pretende es describir y comparar el fenómeno.

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas.

Además, el investigador se limitará a medir el fenómeno en sus diferentes dimensiones para lograr posteriormente describirla (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

4.3 Muestra

En el presente estudio, el tipo de muestra que se utilizó es no probabilístico. De acuerdo con Ávila (2006) *“en la muestra no probabilística la selección de las unidades de análisis dependen de las características y criterios personales del investigador”*.

En el proceso de aplicación de los instrumentos únicamente se seleccionaron adultos mayores de 18 años en adelante (hombres y mujeres) de la Región de Zumpango, la participación fue voluntariado acudiendo directamente a la región mencionada.

La población nos dio un total de 100 participantes voluntarios dentro de los cuales, nos arrojó un total de 60 mujeres y 40 hombres. Algo que es importante reconocer es que la selección no fue totalmente impuesta, ya que hubo personas (principalmente hombres) que se negaron a contestar el instrumento al percatarse del tema del que se trataba y otros no tuvieron la disposición desde el inicio en el que se les pedía su participación. Por ello es que la investigación cuenta con un mayor número de mujeres, ya que fueron las más accesibles, por tal razón la población es mayor dentro de ese género.

4.4 Instrumentos

Previo a la aplicación de los instrumentos se administró una hoja de datos generales en la que se preguntaron datos demográficos como la edad, nivel de estudios, estado civil; además de aspectos psicológicos como: percepción de problemas de salud, padecimientos psicológicos, preguntas que tienen que ver con afrontamiento y resolución de situaciones conflictivas o problemáticas y algunos antecedentes familiares sobre trastornos mentales y adicciones.

Posteriormente el primer instrumentó que se utilizó fue el AUDIT el cual evalúa el consumo de alcohol. Dicho instrumento maneja una escala tipo Likert que va de 0 a 4 puntos, con cinco opciones de respuesta.

Tabla 5. Indicadores de área según la puntuación obtenida en el AUDIT

Puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo de dependencia de alcohol.		
Pregunta 2/3	Puntuación = 0 ó > 1	Indican un consumo en nivel de riesgo.
Preguntas 4/6	Puntuación por encima de 0	Implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol.
Preguntas 7/10		Los puntos obtenidos indican que ya están experimentando daños con el consumo de alcohol.

En la tabla 5 se observa el área en la que se encuentra el participante de acuerdo a la puntuación obtenida mediante la calificación del instrumento.

El segundo instrumento utilizado fue el DAST, que evalúa consumo de drogas, éste también consta de 10 reactivos y con tipo de respuestas dicotómicas, y tiene un punto de corte de 8 puntos.

Por último se utilizó el WHOQOL-BREF que evalúa la calidad de vida, cuyo instrumento consta de 26 ítems que a su vez se subdividen en cuatro áreas determinadas de la siguiente manera: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Cuenta con una escala tipo Likert que va de 1 a 5 puntos y consta de 5 opciones de respuesta.

4.5 Procedimiento

Para la operación de las escalas de aplicación se contó con dos aplicadores, los cuales se centraron en la región de Zumpango Estado de México.

La aplicación se realizó a personas adultas, hombres y mujeres de 18 años en adelante. Previo a la aplicación de los instrumentos se otorgó a cada participante

una hoja de consentimiento informado con la intención de verificar que éste comprendió el propósito y objetivos de dicha aplicación.

Además se puso especial cuidado en que los encuestadores explicaran cuidadosa y detalladamente las instrucciones que garantizaran a los sujetos en cuestión, la confidencialidad de su información.

Para la resolución de los instrumentos se proporcionó a los sujetos, un bolígrafo y un juego impreso con la integración de los instrumentos.

4.6 Análisis de Datos

Para el análisis de datos se seleccionó el programa estadístico SPSS, dentro del mismo se llevó a cabo la realización de una base de datos a partir de los instrumentos que se aplicaron.

Posteriormente se seleccionaron los datos generales de los participantes tales como el estado civil, la edad, nivel de estudios, la percepción de padecimientos personales y los antecedentes familiares, de los cuales se obtuvieron los porcentajes para identificar los de mayor prevalencia.

Asimismo, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cada variable y de su segmentación por sexo, tomando en cuenta tablas de frecuencias, en las que se plasmaron medidas de tendencia central como mínimo, máximo, media, desviación típica y t de student. Finalmente se llevó a cabo la interpretación de cada una de las tablas.

Capítulo 5. Resultados

Se realizó un estudio en la Región de Zumpango, tomando en cuenta una población total n= 100 participantes dentro de los cuales se llevó a cabo una aplicación de tres instrumentos los cuales fueron AUDIT, DAST y WHOOQOL-BREF.

A continuación se describen algunas características de los participantes, las cuales se tomaron en cuenta durante la aplicación del instrumento para tener más información acerca de los participantes y dar una visión más amplia al estudio.

Características de los participantes

Dentro de esta investigación la población se divide de la siguiente manera n=60 participantes fueron de sexo femenino y n=40 participantes del sexo masculino, con una edad promedio de entre los 30.47 años de edad y una desviación típica de 10.41.

Tabla 6. Estado civil

Estado civil	Porcentaje
Soltero	52%
Casado	38%
Viudo	2%
Unión libre	8%

En la tabla 6 se observa mayor prevalencia en estado civil casado, los estados menos presentados se encuentran unión libre y viudez.

Tabla 7. Nivel de estudios

	Porcentaje
Ninguno	4%
Primaria	5%
Secundaria o Nivel técnico	28%
Bachillerato	31%
Profesional	31%

En la tabla 7 se observa que el mayor porcentaje en cuanto a nivel de estudios se encuentra entre el bachillerato y el profesional seguido de un nivel de secundaria o nivel técnico, posterior se encuentra en nivel de primaria y finalmente la población que no tiene ningún nivel de estudio.

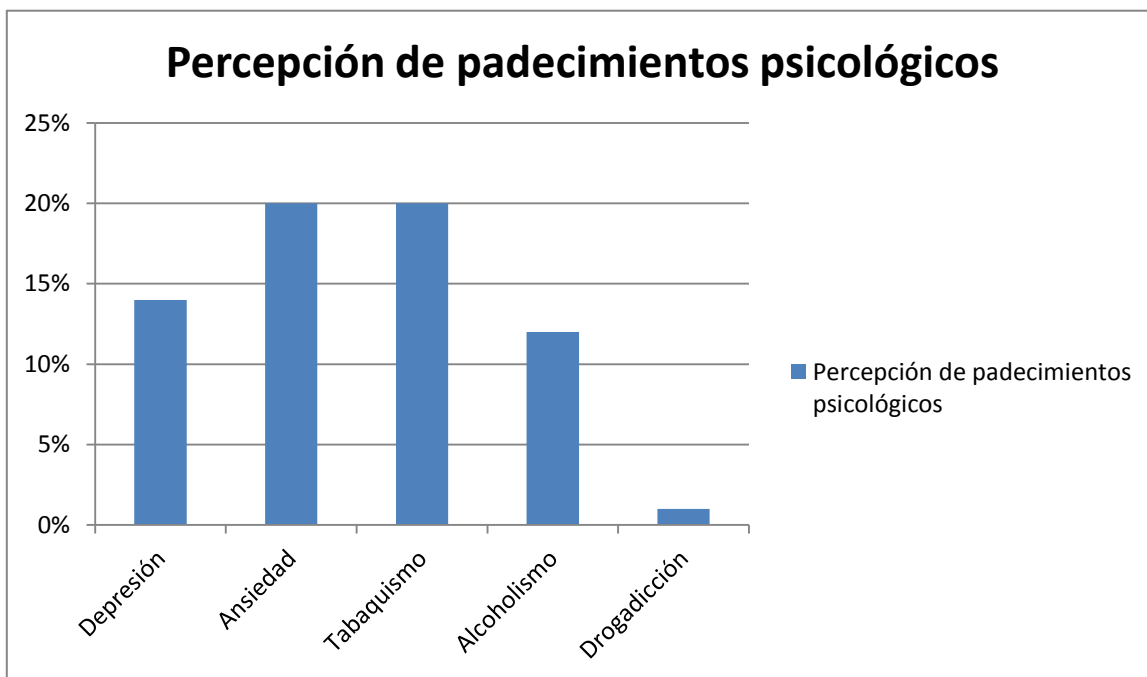
Tabla 8. Percepción de padecimientos psicológicos.

Padecimientos personales	N	Mínimo	Máximo	Porcentajes	
				Si	No
Depresión	100	0	1	14%	86%
Ansiedad	100	0	1	20%	80%
Tabaquismo	100	0	1	20%	80%
Alcoholismo	100	0	1	12%	88%
Drogadicción	100	0	1	1%	99%

En la tabla 8 se muestran los principales padecimientos psicológicos que perciben las personas encuestadas, dentro de los cuales como porcentaje de padecimiento

prevalecen principalmente la ansiedad y el tabaquismo, seguidos de la depresión alcoholismo y finalmente con menor presencia encontramos a la drogadicción.

Figura 1. Porcentajes de la percepción de padecimientos psicológicos.



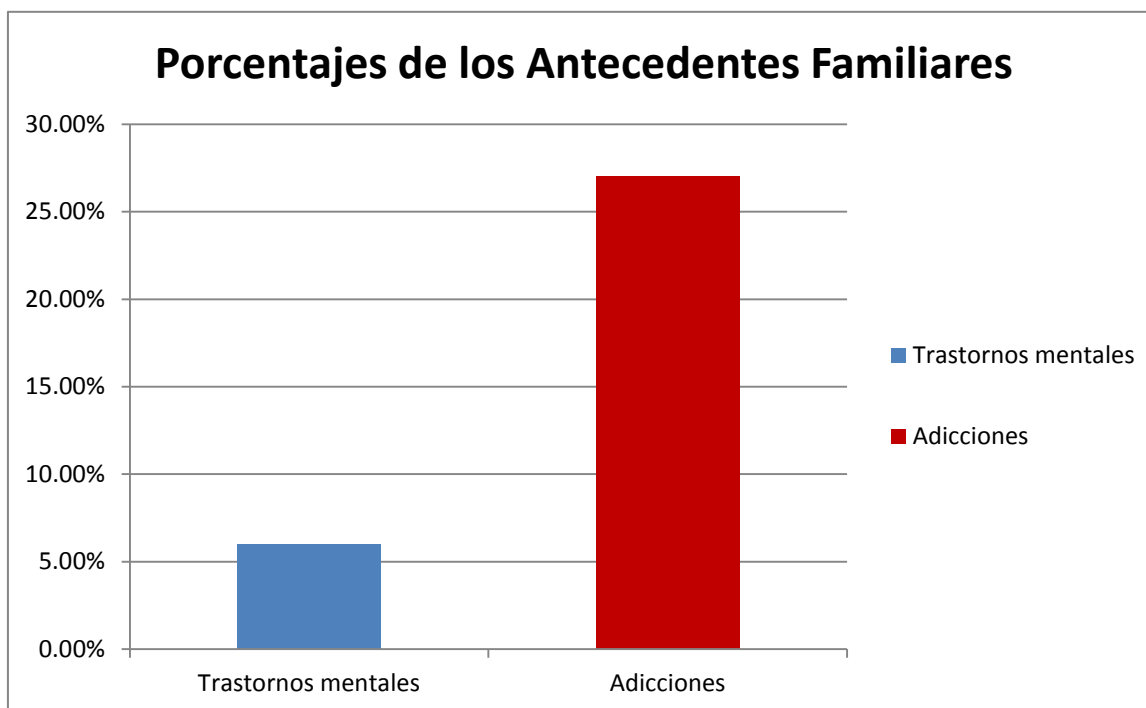
En la figura 1 se muestran los padecimientos psicológicos de acuerdo a la percepción de los sujetos encuestados, en la que los más altos fueron ansiedad y tabaquismo con un 20% cada uno, seguida la depresión con un 14%, el alcoholismo con un 12% y por último la drogadicción con un 1%.

Tabla 9. Antecedentes familiares

Antecedentes familiares	N	Mínimo	Máximo	Porcentaje	
				Si	No
Trastornos mentales	100	0	1	6%	94%
Adicciones	100	0	1	27%	73%

En la tabla 9 se muestran los antecedentes familiares dentro de los cuales destacan las adicciones quienes tienen mayor presencia en los resultados y los trastornos mentales se presentan en menor cantidad.

Figura 2. Porcentajes de los antecedentes familiares.



En la figura 2 se observa que dentro de los antecedentes familiares los trastornos mentales ocupan un 6%, mientras que las adicciones ocupan el 27%.

Consumo de alcohol

A continuación se describen los resultados obtenidos en el primer instrumento aplicado el cual fue AUDIT el cual mide el consumo de alcohol, los resultados se describieron de la siguiente manera principalmente con población total siendo N=100 y posterior divida en sexos siendo N=60 en población del sexo femenino y N=40 en población de sexo masculino.

Tabla 10. Descriptivos del AUDIT total grupal

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Consumo de alcohol	100	.00	31.00	3.60	5.63

En la tabla 10 se muestran los descriptivos grupales tomando en cuenta una población total de N=100 en la que se puede observar que los resultados no son elevados. Cabe recordar que las opciones de respuesta igual 3 indican un consumo de alcohol de 2 a 3 veces a la semana, 7 a 9 veces a la semana, semanalmente.

Tabla 11. Descriptivos por sexo total del AUDIT

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Femenino	60	.00	11.00	2.08	2.97
Masculino	40	.00	31.00	5.87	7.64

En la tabla 11 se muestran los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alcohol ubicado por sexo, en población femenina en el que se observa que los resultados no son altos en cuanto al consumo. Del mismo modo el sexo masculino muestra que, aunque los resultados fueron más elevados en comparación con las mujeres, estos no son altos y por ende tampoco significativos.

El instrumento se subdivide en 3 áreas, de la siguiente manera: el consumo de riesgo con un punto de corte de 8 puntos y un mínimo de 0 puntos, síntomas de dependencia con un punto de corte de 8 y un mínimo de 0 puntos y finalmente un consumo de alcohol perjudicial con un máximo de 16 puntos y un mínimo de 0 puntos, lo cual se describe a continuación

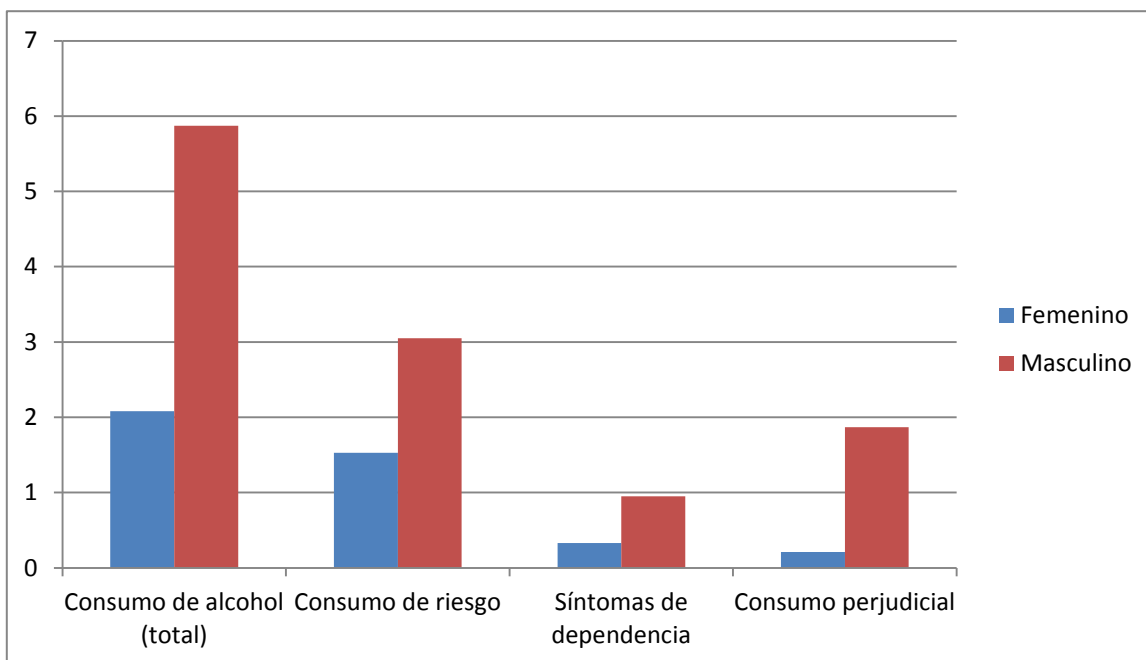
Tabla 12. Descriptivos por área total del AUDIT

Consumo de alcohol por áreas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Consumo de riesgo de alcohol	100	.00	12.00	2.14	2.58
Síntomas de dependencia	100	.00	10.00	.58	1.71
Consumo perjudicial	100	.00	12.00	.88	2.35

En la tabla 12 se muestran resultados siendo una población de N=100 dentro de los resultados se observa que la primer área del instrumento la cual se denomina consumo de riesgo de alcohol es en la que los participantes salieron más altos, posteriormente podemos observar que la siguiente área en la que salieron altos es

la denominada consumo perjudicial, y finalmente se visualiza el área de síntomas de dependencia en la que salieron menos perjudicados.

Figura 3. Promedios en las Áreas del AUDIT por sexo



En la figura 3 se puede advertir de manera más clara el sexo en el que prevalece el mayor consumo de alcohol de acuerdo a los datos arrojados por el AUDIT, en esta figura se ve representado el consumo por ambos sexos de manera total y por cada área en la que se encuentra dividido el instrumento. Se observan los descriptivos por sexo siendo N=60 en población del sexo femenino, y sexo masculino siendo N=40 ubicando al sexo masculino en todas las áreas con tendencias más altas.

Tabla 13. Comparación del AUDIT total por sexo

Sexo	N	Media	Desv. Típica	T	GI	Nivel de significancia
Femenino	60	2.08	2.97			.00
				-2.99	46.96	
Masculino	40	5.87	7.64			

En la tabla 13 se observa las comparaciones dividida por sexo siendo N=60 para sexo femenino, y N=40 para el sexo masculino en la que se puede ver que existe una diferencia significativa entre las puntuaciones totales del AUDIT entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que consumen mayor cantidad de alcohol.

Tabla 14. Comparación por área y por sexo del AUDIT

Área	Sexo	N	Media	Desv. Típica	T	GI	Nivel de significancia
Consumo de riesgo	Femenino	60	2.00	.00	2.08	39.00	.04
	Masculino	40	1.90	.30			
Dependencia	Femenino	60	1.98	.12	.86	56.86	.39
	Masculino	40	1.95	.22			
Consumo perjudicial	Femenino	60	2.00	.00			
	Masculino	40	2.00	.00			

En la tabla 14 se observa las comparaciones inferenciales divididas por sexo y áreas del instrumento, dentro de los resultados obtenidos se encontró en el área de consumo de riesgo lo cual indica que, existe una diferencia significativa en el consumo de riesgo entre hombres y mujeres, siendo los primeros los que tienen mayor riesgo en su consumo.

Por otro lado en el área de dependencia se encontró que, existe una diferencia significativa en esta área siendo los hombres los que tienen mayor dependencia al alcohol; finalmente en el área de consumo perjudicial no se encontró significancia entre los dos sexos.

Consumo de drogas

Continuamos con la descripción de los resultados obtenidos en el segundo instrumento aplicado el cual fue DAST el cual mide el consumo de drogas, los resultados se describieron de la siguiente manera principalmente con población total siendo N=100 y posterior divida en sexos siendo N=60 en población del sexo femenino y N=40 en población de sexo masculino.

Tabla 15. Descriptivos consumo de drogas total del DAST

Consumo de drogas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típico
	100	.00	13.00	.91	2.45

En la tabla 15 se observa el consumo de drogas siendo N=100 con un mínimo de .00, un máximo de 13.00, una media de .91 y una desviación típica de 2.45, no denotando un alto consumo de drogas en la población evaluada dentro de la jurisdicción sanitaria de Zumpango.

Tabla 16. Descriptivos consumo de drogas por sexo total DAST

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Femenino	60	.00	11.00	.96	2.60
Masculino	40	.00	13.00	.82	2.25

En la tabla 16 se observa el consumo de drogas para el sexo femenino en el que se ve reflejada en la media un mayor consumo dentro de este sexo. Por otro lado en el sexo masculino en la que se ve una media menor lo cual nos indica que tienden a consumir menor cantidad.

Tabla 17. Comparaciones por sexo del DAST.

Sexo	N	Media	Desv. Típica	T	Gl	Sig.
Femenino	60	.96	2.60	.28	98	.62
Masculino	40	.82	2.25			

En la tabla 17 se observa la comparación por sexo lo cual indica que no hay una diferencia significativa en el consumo de drogas entre hombres y mujeres, sin embargo se advierte una diferencia mayor aunque mínima en el consumo de las mujeres.

Calidad de vida (WHOOWOL-BREF)

Finalmente se describen los resultados obtenidos en el tercer y último instrumento aplicado el cual fue WHOQOL-BREF que mide la calidad de vida, los resultados se describieron de la siguiente manera principalmente con población total siendo N=100 y posterior divida en sexos siendo N=60 en población del sexo femenino y N=40 en población de sexo masculino.

Tabla 18. Descriptivos de calidad de vida total

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Calidad de vida	100	10.55	18.19	14.62	1.60

En la tabla 18 se observa la calidad de vida ubicando a la Región de Zumpango en un nivel medio en cuanto a percepción de su calidad de vida.

Tabla 19. Descriptivos calidad de vida por sexo total del WHOOQOL-BREF

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Femenino	60	10.55	18.19	14.43	1.63
Masculino	40	11.09	17.17	14.90	1.53

En la tabla 19 se observa la calidad de vida dentro de la cual nos indica que ambos sexos se encuentran en un estándar aceptable según los parámetros del instrumento.

Tabla 20. Descriptivos de las áreas de calidad de vida total del WHOOQOL-BREF

Calidad de vida por áreas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Salud física	100	9.71	18.86	13.77	1.77
Salud psicológica	100	10.67	18.67	14.94	1.80
Relaciones	100	9.33	20.00	16.06	2.80

sociales					
Medio Ambiente	100	8.00	20.00	13.70	2.31

En la tabla 20 se observa la calidad de vida por áreas, el instrumento se subdivide en 4 áreas ubicando como área alta la denominada relaciones sociales, seguida del área denominada salud psicológica, posterior el área denominada física y finalmente el área denominada medio ambiente.

Tabla 21. Descriptivos de las áreas de calidad de vida por sexo del WHOOQOL-BREF

Calidad de vida por áreas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Sexo					
Femenino					
Salud física	60	9.71	18.86	13.78	1.85
Salud psicológica	60	10.67	17.33	14.72	1.67
Relaciones sociales	60	9.33	20.00	15.84	3.10
Medio Ambiente	60	8.00	20.00	13.38	2.22
Masculino					
Salud física	40	10.86	17.14	13.75	1.65
Salud psicológica	40	10.67	18.67	15.28	1.92
Relaciones sociales	40	12.00	20.00	16.40	2.28
Medio Ambiente	40	9.50	19.00	14.18	2.40

En la tabla 21 se observa la calidad de vida dividida por sexo y áreas, en el sexo femenino se arrojaron los siguientes resultados, detonando como área alta la denominada relaciones sociales, seguida del área denominada salud psicológica, posterior el área denominada salud física, para finalizar con el área denominada

medio ambiente. En el sexo masculino detonando como área alta relaciones sociales, siguiendo con el área denominada salud psicológica, posterior el área denominada medio ambiente y finalmente el área denominada salud física.

Tabla 22. Comparaciones por sexo de Calidad de vida total (WHOOQOL-BREF).

Sexo	N	Media	Desv. Típica	T	Gl	Sig.
Femenino	60	14.43	1.63	-1.45	98	.86
Masculino	40	14.90	1.53			

En la tabla 22 se observa las comparaciones inferenciales dividida por sexo se encontró lo siguiente, no existe una diferencia significativa en cuanto a la calidad de vida entre hombres y mujeres, ya que en ambos casos salieron altos.

Tabla 23. Comparaciones por área de calidad de vida y por sexo

Área	Sexo	N	Media	Desv. típica	T	Gl	Sig.
Salud física	Femenino	60	13.78	1.85	.06	98	.57
	Masculino	40	13.75	1.65			
Salud psicológica	Femenino	60	14.72	1.69	-1.53	98	.24
	Masculino	40	15.28	1.92			
Relaciones sociales	Femenino	60	15.84	3.10	-1.03	96.99	.02
	Masculino	40	16.40	2.28			
Medio ambiente	Femenino	60	13.38	2.22	-1.71	98	.46
	Masculino	40	14.18	2.40			

En la tabla 23 se observa las comparaciones inferenciales divididas por sexo y áreas del instrumento, dentro de los resultados obtenidos en la primer área

denominada salud física se encontró que, no existe una diferencia significativa entre ambos sexos. En la segunda área denominada salud psicológica se encontró que, no hay diferencia significativa en la salud psicológica de los hombres y mujeres. En la tercera área denominada relaciones sociales se encontró que, si hay una diferencia significativa en esta área. Finalmente en la cuarta área denominada medio ambiente se encontró que, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al medio ambiente.

5.1 Análisis de casos: AUDIT

A continuación se describirán los casos que rebasaron punto de corte en el instrumento AUDIT (≥ 8). En primer lugar se encuentran las tablas de puntuaciones de frecuencia y posterior la descripción de cada caso. Para la selección de los casos se dio revisión a cada expediente identificando la percepción de los sujetos en cuanto a padecimientos psicológicos tales como depresión, ansiedad, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, condiciones asociadas a la salud y antecedentes familiares como algún trastorno mental o adicciones. De acuerdo al análisis de las áreas se identificaron 15 casos, que se maneja como el 100% en las siguientes tablas, en los que los sujetos se encontraban en un nivel de consumo significativo.

Tabla 24. Percepción de Padecimientos Psicológicos de los 15 casos

15 casos	Frecuencia		Porcentaje
	Si	No	
Depresión	1	14	6.7
Ansiedad	4	11	26.7
Tabaquismo	8	7	53.3
Alcoholismo	7	8	46.7
Drogadicción	1	14	6.7

En la tabla 24 se observa la percepción de padecimientos psicológicos de los 15 casos dentro de lo cual se observa en cuanto a depresión 1 persona si se percibe y 14 no se perciben; ansiedad 4 personas si se perciben y 11 no se perciben; tabaquismo 8 si se perciben y 7 no se perciben; alcoholismo 7 personas si se perciben y 8 no se perciben y finalmente en drogadicción 1 persona se percibe y 14 no se perciben.

Tabla 25. Antecedentes Familiares de los 15 casos

15 Casos	Frecuencia		Porcentaje Acumulado
	Si	No	
Adicciones	4	11	73.3
Trastornos Mentales	0	15	100.0

En la tabla 25 se observa la frecuencia de los antecedentes familiares en cuanto a adicciones quien reporta un total de 4 personas que si tiene familiares los cuales tienen antecedentes de adicciones y 11 personas sin ellas, por otro lado trastornos mentales dentro de los cuales ninguna persona reporta familiares que los padezcan

Tabla 26. Características de los 15 participantes

Femenino				Masculino		
		Frecuencia	%	Frecuencia		%
Edad	Rango=	Media=	DE=	Rango=	Media=	DE=
	18-39	26.20	10.03	18-48	29.30	8.74
Estado civil	Soltero	5	100%	Soltero	5	50%
				Casado	4	40%
				Unión libre	1	10%

Nivel estudios	Ninguno	0	0%	Ninguno	1	10%
	Secundaria o nivel técnico	1	20%	Secundaria o nivel técnico	4	40%
	Bachillerato	2	40%	Bachillerato	3	30%
	Profesional	2	40%	Profesional	2	20%

En la tabla 26 se observan las características de los participantes dentro de lo cual la población femenina arroja lo siguiente, en la edad las participantes se encuentran entre 18 a 39 años de edad; solteras y en cuanto a nivel de estudios se abarcan todos los estadios. La población masculina arroja lo siguiente en la edad los participantes se encuentran entre 18 a 48 años; tanto en nivel de estudios como en el estado civil se abarcan todos los estadios.

Tabla 27. Comparaciones por sexo de los 15 casos del AUDIT

Sexo	N	Media	Desv. Típica	t	Gl	Sig.
Femenino	5	10.00	1.00	-2.1	13	.04
Masculino	10	17.10	7.14			

En la tabla 27 se observa las comparaciones inferenciales divididas por sexo dentro de estos resultados obtenidos nos indican que, si existe una diferencia significativa en el consumo de alcohol, siendo los hombres quienes ingieren mayor cantidad.

Caso 1: Sujeto femenino de 18 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en secundaria, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con

un nivel alto en el instrumento AUDIT, ubicándose en un consumo de riesgo y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con ansiedad ni con un consumo de drogas, sin embargo si se percibe con depresión, tabaquismo y alcoholismo. No presenta antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; algunas veces tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar y actuar algunas veces le generan problemas. El sujeto tiene presente del consumo de tabaco y alcohol que consume cotidianamente, de igual forma se percibe deprimida, sin embargo a pesar de estar consciente de las problemáticas emocionales no sabe utilizar sus herramientas para afrontar estas mismas, en instrumentos si sale un consumo de alcohol el cual ella acepta.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino 18 años Soltera Secundaria	11.00 Bajo Riesgo	.00	10.55	Depresión Tabaquismo Alcoholismo	Problemas emocionales. Pensamiento y conducta conflictivos.

Caso 2: Sujeto femenino de 18 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión ni con un consumo de drogas, tabaco y alcohol, sin embargo si se percibe con ansiedad; no presenta antecedentes familiares de trastornos mentales, pero sí de adicciones. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; algunas veces tiene

problemas emocionales y considera que nunca su forma de pensar y actuar le generan problemas. A pesar de que el sujeto consume sustancias alcohólicas no se encuentra en consumo de riesgo. Se le puede considerar como una persona resiliente, capaz de enfrentarse a las problemáticas y situaciones que se le presenten, además de que no considera que sus actos y pensamientos le generen conflictos, no obstante llega a presentar dificultades emocionales, dentro de las cuales se percibe con ansiedad.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino 18 años Soltera Profesional	9.00 Medio	2.00	13.88	Ansiedad	Problemas emocionales.

Caso 3: Sujeto femenino de 35 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en bachillerato, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ansiedad ni con un consumo de tabaco, alcohol y drogas; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades, casi siempre enfrenta y resuelve los problemas; nunca tiene problemas emocionales y algunas veces considera que su forma de pensar y actuar le genera problemas. Pese a que el sujeto consume alcohol, se muestra una incongruencia en la información que proporciona puesto que menciona no tener problemas emocionales, sin embargo considera que su forma de pensar y actuar le genera situaciones problemáticas, aun cuando se siente capaz de poder enfrentarlas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino	10.00	1.00	14.35		
35 años	Medio				
Soltera					
Bachillerato					

Caso 4: Sujeto femenino de 21 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ni con un consumo de alcohol, tabaco y drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a ansiedad; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; nunca tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar nunca le genera problemas, sin embargo casi nunca su forma de actuar le generan problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino	9.00	3.00	15.53		
21 años	Medio				
Soltera					
Profesional					

Caso 5: Sujeto femenino de 39 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en bachillerato, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ansiedad, ni con un consumo de

alcohol y drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a consumo de tabaco; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; casi nunca tiene problemas emocionales, ni su forma de actuar le generan problemas, nunca su forma de pensar le genera problemas. Con respecto a los resultados de ésta persona, se puede decir que aunque presenta alto consumo de alcohol no está consciente de ello ya que no refirió percibirlo. Además ella considera que tiene capacidad para resolver y enfrentar problemas y considera que sus pensamientos y actos no le generan problemas. Por lo anterior se puede decir que es posible que el sujeto no esté percibiendo ciertas situaciones o problemáticas que puede ser que si estén aconteciendo.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino	11.00	.00	15.80	Tabaquismo	
39 años	Medio				
Soltera					
Bachillerato					

Caso 6: Sujeto masculino de 48 años de edad, estado civil casado con un nivel de estudios ubicado en secundaria, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT, ubicándose en un consumo de riesgo y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ansiedad ni con un consumo de tabaco y drogas, sin embargo tiene una percepción de alcoholismo; no presenta antecedentes familiares de trastornos mentales, pero sí de adicciones. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los

problemas; nunca tiene problemas emocionales y considera que su forma pensar nunca le generan problemas, aunque su forma de actuar casi nunca le genera problemas. La persona proporcionó información coherente entre lo que arrojó uno de los instrumentos y lo que él percibe. Además refirió percibir alguna adicción en su entorno familiar, por todo lo anterior se puede decir que es una persona consciente además de que puede enfrentar y resolver sus problemáticas. Sin embargo sería sugerente poner atención en el área de consumo de riesgo, ya que es posible que pueda aumentar su consumo y pasar a consumo perjudicial o síntomas de dependencia.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino 48 años Casado Secundaria	31.00 Muy alto	.00	12.74	Alcoholismo	

Caso 7: Sujeto masculino de 18 años de edad, estado civil soltero con un nivel de estudios ubicado en secundaria, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT, ubicándose en un consumo de riesgo y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ansiedad, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a consumo de alcohol, tabaco y drogas; no tiene antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; nunca tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar y actuar nunca le generan problemas. De acuerdo con los resultados arrojados, la persona se percibe con consumo de alcohol, tabaco y drogas, lo cual únicamente se ve

reflejado en el instrumento de alcoholismo en el que se advierte que se encuentra en el área de consumo de riesgo, por lo cual se considera poner especial atención en dicha problemática, ya que si bien, percibe que esto no le ha ocasionado problemas ni emocionalmente, ni con su forma de pensar y actuar, podría en algún momento llegar a ocasionárselos.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino	17.00	.00	13.02	Alcoholismo	
18 años	Alto			Tabaquismo	
Soltero				Drogadicción	
Secundaria					

Caso 8: Sujeto masculino de 35 años de edad, estado civil casado con un nivel de estudios ubicado en secundaria, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT, ubicándose en un consumo de riesgo y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión y ansiedad ni con un consumo de drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a consumo de tabaco y alcohol; no tiene antecedentes familiares trastornos mentales, pero sí de adicciones. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; nunca tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar y actuar nunca le generan problemas. La información del sujeto concuerda entre los resultados del instrumento de alcohol y su percepción personal en cuanto al uso de alcohol y tabaco. Aunque se considera una persona capaz de poder enfrentar los problemas y que no tiene dificultades emocionales, sería importante poner especial atención en cuanto a su consumo ya que en algún momento pudiese causarle alguna dificultad.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino	25.00	.00	13.90	Alcoholismo	
35 años	Muy			Tabaquismo	
Casado	alto				
Secundaria					

Caso 9: Sujeto masculino de 30 años de edad, estado civil de unión libre con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ansiedad ni con un consumo de drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a consumo de tabaco y alcohol; no tiene antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades y en resolver y enfrentar los problemas; nunca tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar y actuar nunca le generan problemas. La información del sujeto concuerda entre los resultados del instrumento de alcohol y su percepción personal en cuanto al uso de esta sustancia y además de tabaco. Aunque se considera una persona con capacidad de poder enfrentar sus problemas y que no presenta dificultades emocionales, sería importante generar conciencia en cuanto a su consumo ya que en algún momento podría generarle alguna problemática.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
--------------	-------	------	---------	--	-----------------------

Masculino	8.00	4.00	14.31	Alcoholismo
30 años	Medio			Tabaquismo
Unión libre				
Profesional				

Caso 10: Sujeto masculino de 23 años de edad, indicando un estado civil soltero, con nivel de estudios en bachillerato, en cuanto a los instrumentos aplicados se identificó con un consumo alto en el instrumento AUDIT, y en el DAST no reportó consumo de drogas. Sin embargo, en cuanto a padecimientos psicológicos el sujeto se percibe con ansiedad y tabaquismo, y no con depresión, alcoholismo ni drogas. Además no reporta antecedentes familiares de trastornos mentales ni adicciones. Con base a sus condiciones asociadas a la salud el sujeto siempre confía en sus propias capacidades y, enfrenta y resuelve sus problemas. Algunas veces tiene problemas emocionales y su manera de pensar y actuar nunca le genera problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino	9.00	.00	14.98	Ansiedad	Problemas
23 años				Tabaquismo	emocionales
Soltero	Medio				
Bachillerato					

Caso 11: Sujeto masculino de 32 años de edad, estado civil soltero con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento AUDIT y en el DAST no reporta consumo de drogas. El sujeto no se percibe con depresión, ansiedad ni con un consumo de

alcohol ni drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a consumo de tabaco; no tiene antecedentes familiares de adicciones ni trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, casi siempre confía en sus propias capacidades, siempre resuelve y enfrenta los problemas; nunca tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar y actuar casi nunca le genera problemas. De acuerdo a lo anterior se puede decir que a pesar que la persona consume alcohol no es consciente de ello puesto que no lo refiere en su percepción, por lo que podría ser que el sujeto no esté percibiendo algunas de las otras problemáticas asociadas a los padecimientos psicológicos y emocionales, y si bien, no presenta problemas o dificultades, en algún momento se podrían llegar a presentar respecto a su forma de pensar y actuar.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino 32 años Unión libre Profesional	13.00 Medio	3.00	15.01	Tabaquismo	

Caso 12: Sujeto masculino de 29 años de edad, indica que se encuentra en estado civil casado con nivel de estudios en secundaria, de acuerdo con los instrumentos aplicados presentó en el cuestionario AUDIT un nivel de consumo alto y en el DAST no reportó consumo de drogas. De acuerdo a los padecimientos psicológicos no se percibe con ninguno, en cambio sí percibe antecedentes familiares en adicciones. Con base en sus condiciones asociadas a la salud algunas veces confía en sus propias capacidades, casi siempre enfrenta y resuelve sus problemas, algunas veces tiene problemas emocionales y algunas veces tanto su forma de pensar y actuar le generan problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino 29 años Casado Secundaria	13.00	.00	15.78	Familia Adicciones	

Caso 13: Sujeto masculino de 33 años, que se encuentra en estado civil casado, con nivel de estudios de bachillerato. En el cuestionario del AUDIT presentó un alto consumo de alcohol, mientras que en el DAST no identificó el consumo de drogas. De acuerdo a los padecimientos psicológicos no refiere depresión, alcoholismo, tabaquismo ni drogadicción, sin embargo si se percibe con ansiedad, tampoco mencionó antecedentes familiares con trastornos mentales o adicciones. Por otro lado, con base en sus condiciones asociadas a la salud el sujeto siempre confía en sus propias capacidades, siempre enfrenta y resuelve sus problemas, casi nunca tiene problemas emocionales y finalmente su forma de pensar y actuar le genera problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino 33 años Casado Bachillerato	20.00	.00	15.91	Ansiedad	Pensamiento y conducta conflictivos.

Caso 14: Sujeto masculino de 19 años de edad, de estado civil soltero sin ningún nivel de estudios. En cuanto a los instrumentos que se aplicaron, en el cuestionario AUDIT se identificó consumo alto de alcohol mientras que no se

encontró consumo de drogas en el DAST. Con base en los padecimientos psicológicos el sujeto se percibe con tabaquismo y alcoholismo, no refiriendo padecimientos como ansiedad, depresión o drogadicción. Tampoco mencionó antecedentes familiares en adicciones o trastornos mentales. Por último con base en sus condiciones asociadas a la salud el individuo siempre confía en sus propias capacidades, siempre enfrenta y resuelve sus problemas, menciona que algunas veces tiene problemas emocionales y que su forma de pensar y actuar casi nunca le genera problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino	15.00	3.00	16.49	Tabaquismo	
19 años	Medio			Alcoholismo	
Soltero					
Ningún nivel de estudios					

Caso 15: Sujeto masculino de 26 años de edad, con estado civil soltero y nivel de estudios en bachillerato. En el cuestionario AUDIT se encontró que el sujeto tiene alto consumo de alcohol mientras que en el DAST no se identificó consumo de drogas. Por otro lado no refirió tener padecimientos psicológicos como depresión, ansiedad, tabaquismo y drogadicción, sin embargo sí en alcoholismo. Tampoco reportó ningún antecedente familiar con trastornos mentales o adicciones. Además, en lo que se refiere a sus condiciones asociadas a la salud casi siempre confía en sus propias capacidades, siempre enfrenta y resuelve sus problemas, menciona que algunas veces tiene problemas emocionales, y también algunas veces su forma de pensar le genera problemas, aunque casi nunca le genera problemas su forma de actuar.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino	20.00	3.00	16.82	Alcoholismo	
26 años	Muy				
Soltero	alto				
Bachillerato					

5.2 Análisis de Casos: DAST

A continuación se describirán los casos que rebasaron punto de corte (≥ 6) en el instrumento DAST. Para la selección de los casos se dio revisión a cada expediente identificando la percepción de los sujetos en cuanto a padecimientos psicológicos tales como depresión, ansiedad, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, condiciones asociadas a la salud y antecedentes familiares como algún trastorno mental o adicciones. De acuerdo al análisis de las áreas se identificaron 5 casos, que en las siguientes tablas se manejarán como el 100%, en los que los sujetos se encontraban en un nivel de consumo significativo.

Tabla 28. Percepción de Padecimientos Psicológicos de los 5 casos

5 casos	Frecuencia		Porcentaje
	Si	No	
Depresión	2	3	60
Ansiedad	1	4	80
Tabaquismo	0	5	100
Alcoholismo	0	5	100
Drogadicción	0	5	100

En la tabla 28 se observa la percepción de padecimientos psicológicos de los 15 casos dentro de lo cual se observa en cuanto a depresión 2 persona si se percibe y 3 no se perciben; ansiedad 1 personas si se perciben y 4 no se perciben; tabaquismo 0 si se perciben y 5 no se perciben; alcoholismo 0 personas si se

perciben y 5 no se perciben y finalmente en drogadicción 0 persona se percibe y 5 no se perciben.

Tabla 29. Antecedentes Familiares de los 5 casos

5 Casos	Frecuencia		Porcentaje
	Si	No	SI
Adicciones	0	5	100
Trastornos Mentales	1	4	80

En la tabla 29 se observa la frecuencia de los antecedentes familiares en cuanto a adicciones no se reportan antecedentes por parte de los participantes, por otro lado trastornos mentales dentro de los cuales solo 1 persona reporta familiares que los padezcan.

Tabla 30. Características de los 5 participantes

	Femenino			Masculino		
	Rango=	Frecuencia	%	Rango=	Frecuencia	%
Edad	20-42	29.75	9.17	20-42	32.00	0.0
Estado civil	Soltero	2	50%	Unión libre	1	100%
	Casada	2	50%			
Nivel estudios	Secundaria o nivel técnico	1	25%			
	Bachillerato	1	25%			

	Profesional 2	50%	Profesional 1	100%
--	---------------	-----	---------------	------

En la tabla 30 se observan las características de los participantes dentro de lo cual la población femenina arroja lo siguiente en la edad dos de las participantes son de 18 años, una participante de 28 años, una de 35 años y una de 39 años; las 5 participantes son solteras y en cuanto a nivel de estudios una participante se encuentra en nivel secundaria o técnico, 2 en bachillerato y 2 en profesional. En cuanto a la a población masculina arroja lo siguiente en la edad de los participantes uno de 18 años, uno de 19 años, uno de 23 años, uno de 26 años, uno de 29 años, uno de 30 años, uno de 32 años, uno de 33 años, uno de 35 años y uno de 48 años; 5 participantes son solteros, 4 casados y 1 en unión libre y en cuanto a nivel de estudios los participantes se encuentran 1 en ninguno, 4 en nivel secundaria o técnico, 3 en bachillerato y 2 en profesional.

Caso 16. Sujeto femenino de 42 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en secundaria, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento DAST y en el AUDIT no reporta consumo de alcohol. El sujeto no se percibe con ansiedad ni con un consumo de alcohol, tabaco y drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a depresión; no presenta antecedentes familiares de adicciones, pero sí de trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, casi nunca confía en sus propias capacidades en resolver y enfrentar los problemas; casi siempre tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar y algunas veces su forma actuar le genera problemas. Como se puede advertir, el sujeto presenta alto consumo de drogas, aunque no lo percibe, sin embargo sí se visualiza con depresión y con antecedentes familiares con algún trastorno mental. No se considera como capaz de resolver o enfrentar las dificultades que se le presentan. También es consciente de que tiene problemas emocionales y que su

modo de actuar y pensar le causa algunos problemas. Se podría plantear que a mayor percepción de dificultades mayores podría ser su consumo, lo cual le generará más problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino 42 años Soltero Secundaria	1.00	10.00	12.73	Depresión	Problemas en resolver y enfrentar conflictos.

Caso 17: Sujeto femenino de 20 años de edad, estado civil soltera con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento DAST y en el AUDIT no reporta consumo de alcohol. El sujeto no se percibe con consumo de alcohol, tabaco y drogas, sin embargo tiene una percepción positiva en cuanto a depresión y ansiedad; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni de trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades casi siempre resuelve y enfrenta los problemas; algunas veces tiene problemas emocionales y considera que su forma de pensar actuar casi siempre le genera problemas. El sujeto arroja resultados altos en cuanto a consumo de drogas, es por ello probable que esté presentando síntomas de depresión y ansiedad, que a su vez en su forma de actuar y pensar le genera problemas, Sin embargo esto no concuerda con su percepción de enfrentar y resolver sus conflictos.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos

Femenino	.00	10.00	12.99	Depresión	Algunas veces
20 años				Ansiedad	problemas
Soltera					emocionales
Profesional					

Caso 18: Sujeto femenino de 30 años de edad, estado civil casada con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento DAST y en el AUDIT no reporta consumo de alcohol. El sujeto no se percibe con consumo de alcohol, tabaco, drogas, depresión y ansiedad; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni de trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, siempre confía en sus propias capacidades siempre resuelve y enfrenta los problemas, algunas veces tiene problemas emocionales, algunas veces considera que su forma de pensar le genera problemas y nunca su forma de actuar le genera problemas. Aunque el sujeto presenta alto consumo de drogas, esto parece no causarle ninguna dificultad, para su funcionalidad, puesto que no se percibe con ningún padecimiento psicológico, aun cuando su forma de pensar en algunas ocasiones puede causarle problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino	.00	10.00	15.23		
30 años					
Casada					
Profesional					

Caso 19: Sujeto femenino de 27 años de edad, estado civil casada con un nivel de estudios ubicado en bachillerato, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento DAST y en el AUDIT no reporta consumo de

alcohol. El sujeto no se percibe con consumo de alcohol, tabaco, drogas, depresión y ansiedad; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni de trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, casi siempre confía en sus propias capacidades siempre resuelve y enfrenta los problemas, algunas veces tiene problemas emocionales, algunas veces considera que su forma de pensar le genera problemas y nunca su forma de actuar le genera problemas. La persona arroja alto consumo de drogas, sin embargo no es consciente de ello, ya que no lo refiere en el área de percepción, así como tampoco mencionó ningún padecimiento psicológico, sin embargo menciona tener algunos problemas emocionales y en su forma de actuar, aunque es una persona que confía en que puede resolver los problemas que se le presentan.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Femenino	.00	11.00	15.38		
27 años					
Casada					
Bachillerato					

Caso 20: Sujeto masculino de 32 años de edad, estado unión libre con un nivel de estudios ubicado en profesional, en cuanto a los instrumentos aplicados salió con un nivel alto en el instrumento DAST y en el AUDIT no reporta consumo de alcohol. El sujeto no se percibe con consumo de alcohol, tabaco, drogas, depresión y ansiedad; no presenta antecedentes familiares de adicciones ni de trastornos mentales. Con base en sus condiciones asociadas a la salud, casi siempre confía en sus propias capacidades, casi nunca resuelve y enfrenta los problemas, casi nunca tiene problemas emocionales, casi nunca considera que su forma de pensar le genere problemas y casi nunca su forma de actuar le genera problemas. La persona se encuentra con alto consumo de drogas, a pesar de ello

no percibe tal consumo ni padecimientos psicológicos. A pesar de que casi siempre confía en sus capacidades, no considera que resuelve y enfrenta las dificultades que se le presentan, sin embargo se considera que el sujeto es incongruente al decir que su forma de pensar y actuar casi nunca le generan problemas, ya que se considera que si esto fuera así, por ende podría ser una persona capaz de resolver sus problemas.

Participante	AUDIT	DAST	WHOOQOL	¿Qué padecimientos psicológicos percibe?	Aspectos psicológicos
Masculino	.00	13.00	15.60		
32 años					
Unión libre					
Profesional					

Discusión

La Organización de Naciones Unidas (2011) estima que unos 230 millones de personas consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010, mientras que en México en 2008 el índice para la población de 12 a 65 años, el año previo al levantamiento de los datos fue de 1.6%, lo que ubica a México en el contexto internacional como uno de los países con bajo nivel de consumo, pero que, a su vez, reporta incremento del problema.

Sabemos que el consumo de sustancias adictivas se ha incrementado radicalmente dentro de los últimos años. Por ello, el propósito de esta investigación fue comparar el consumo de sustancias adictivas y la calidad de vida entre hombres y mujeres adultos de la región de Zumpango.

En cuanto a las características sociodemográficas se trabajó con personas adultas, la mayoría de ellos con estado civil soltero, con un nivel de estudios de bachillerato y nivel profesional, siendo la menor cantidad de participantes los que se encuentran en un nivel primaria o sin estudios.

Otro aspecto importante a retomar en la investigación se centró en la percepción de padecimiento dentro de lo cual una quinta parte de los sujetos perciben la presencia de ansiedad y tabaquismo. De acuerdo con la literatura, en algunas personas, determinadas conductas de consumo tales como comer, beber bebidas alcohólicas, fumar, tomar tranquilizantes u otras sustancias, etc., pueden disminuir el malestar y reducir la activación fisiológica, producidos por la ansiedad. Sin embargo, estos consumos pueden hacerse cada vez más necesarios para aliviar los síntomas de ansiedad (Vindel, Tobal, González e Iruarrizaga, 1994). A pesar de que diversas sustancias pudiesen ayudar a reducir sintomatologías de ansiedad, esto podría aumentar el consumo de las mismas y volverlas cada vez más necesarias.

Cabe señalar que generalmente el alcohol y el tabaco van juntos, en relación con esto, Nieva, Gual, Ortega y Mondón (2004) mencionan que la prevalencia de fumadores entre alcohólicos es elevada. Actualmente, la interacción del tabaco y el alcohol tiene en nuestra sociedad el mayor coste social y sanitario de la historia, muy por encima de los causados por otras dependencias.

Además el alcohol y el tabaco son sustancias psicoactivas conocidas como legales, por ello, se trata de dos drogas muy integradas culturalmente en el uso y costumbres de la población en general. De hecho muchas personas no consideran el tabaco o el alcohol como drogas (Instituto Andaluz de la Mujer, 2006).

En cuanto a los antecedentes familiares, en la investigación realizada se arrojaron datos dentro de los cuales más de la cuarta parte de los individuos refirieron que algún familiar presenta adicciones. En este sentido la literatura menciona que los hombres con historia familiar de alcoholismo positivo (dependencia) tienen dos veces más probabilidad de desarrollar el síndrome de dependencia que aquellos con historia familiar de alcoholismo negativo (sin dependencia). El consumo de los padres representa un factor de riesgo importante para el desarrollo del síndrome de dependencia de los hijos (Natera, et. al. 2001).

Por otra parte, un estudio realizado por Midanick, obtuvo una muestra de 1772 sujetos dentro de los cuales el 25% de esta muestra contaba con por lo menos un pariente de primer grado con problemas de alcoholismo, dentro de esta misma muestra Harford que la suma de parientes de primer y segundo grado resulta una diferencia significativa en la prevalencia del abuso y dependencia de alcohol y que existe una relación positiva con parientes de primer grado con alcoholismo; dentro de esta misma investigación otros autores mencionan lo siguiente, Bearddsleen, Son y Vaillant, notificaron que el 26% de las personas expuestas al alcoholismo parental durante la infancia presenta con posterioridad este problema,

mientras 9% de las personas sin historia familiar de alcohol reciben un diagnóstico de dependencia de alcohol (Natera, et. al. 2001).

En cuanto a los trastornos mentales los individuos que arrojan tener un familiar con estos antecedentes son mínimos, solo un caso de consumo de drogas reportó tener un familiar con este tipo de trastornos. Según García, Zaldívar, Moreno, y Flores (2013), en su investigación acerca del espectro esquizofrénico mencionan que, el consumo de drogas se ve muy ligado a este tipo de trastornos, sin embargo, no está claro si el consumo de drogas favorece a la aparición de la esquizofrenia o, por el contrario, la gente con esquizofrenia, o con vulnerabilidad a padecerla, consume drogas para aliviar algunos de los síntomas que presenta. Dentro de esta misma investigación los autores mencionan lo siguiente: las personas que muestran un perfil de consumo de riesgo al alcohol y al cannabis también presentan niveles mayores de esquizotipia, hallando que cuanto mayor es el consumo de cannabis mayor es la predisposición a las alucinaciones. Conviene tener en cuenta que uno de los síntomas de esta droga es, precisamente, la presencia de alucinaciones en diversa modalidad sensorial (principalmente auditiva y visual), bajo sus efectos.

En cuanto al consumo del alcohol, en el presente estudio se encontró que la población ubicada en el área de consumo de riesgo ocupa el 4%, mientras que los síntomas de dependencia y consumo perjudicial resultaron inferiores. Este porcentaje resulta inferior a lo encontrado en otros estudios. Al respecto, Gómez, Hernández, Rodríguez y Ramos (2009) citan diferentes estudios con muestras que presentan un consumo mayor, por ejemplo Von der Pahlen et al. (2008) reportaron que con el AUDIT pudieron identificar que el 49.8% de los hombres y el 23.9% de las mujeres reportan uso excesivo en el uso de alcohol. Además, Díaz et, al (2008) también identificaron mayor consumo de alcohol en hombres que en mujeres (17.3% contra 6.2%).

Al comparar el consumo de alcohol entre hombres y mujeres los presentes resultados señalan que el sexo masculino tiende a mayor consumo de alcohol a diferencia de las mujeres. Lo cual coincide con el estudio de Gómez, Hernández, Rodríguez y Ramos (2009) quienes encontraron diferencias entre hombres y mujeres, siendo los primeros los que presentan mayores niveles de riesgo tanto en el consumo de alcohol como en el de drogas.

De manera opuesta, no coincidimos con Villatoro quien menciona que las mujeres aumentaron su consumo, hasta llegar a ingerirlo en igual o incluso en mayor medida que los varones. Pese a los datos de aumento de ingesta de alcohol, sigue habiendo un bajo nivel de percepción de riesgo y alta tolerancia social ante su uso; asimismo, es importante mencionar que el inicio temprano en el consumo de alcohol incrementa en gran medida las probabilidades de consumir drogas médicas e ilegales (Villatoro et. Al, 2007).

En cuanto al consumo de sustancias en el presente estudio se mostró que el consumo de drogas se presenta en un bajo nivel con 5% siendo afectadas principalmente en su consumo las mujeres, a pesar de ello los niveles de consumo no son significativos. Autores como Rodríguez y Pillon (2005) mencionan que la principal droga consumida es la cocaína con un 20%, seguida de marihuana con un 10%, el alcohol con 36.7% y el tabaco con un 16.7% en total de su población, según su estudio y en población total la mitad de esta refirió consumir algún tipo de droga, dentro de las cuales las más altas fueron mencionadas con anterioridad. Aunque en el estudio no se midió algún tipo de droga en específico los resultados de la investigación van en aumento en comparación con nuestros resultados, pues nuestros resultados obtenidos no llegan a la mitad de la población.

La literatura menciona lo siguiente, Neve, Lemmens y Drop 1997 citados por Natera et. al (2001) señalan que las diferencias en el consumo de drogas de hombres y mujeres están relacionadas con las actitudes hacia los roles de géneros, tales autores en estudios de seguimiento encontraron que las actitudes tradicionales hacia los roles de género se asocian con bajas tasas de abstinencia y alta frecuencia de consumo fuerte en la población masculina y con altas tasas de abstinencia y menor consumo entre las mujeres. Sin embargo, nuestros resultados no siguieron esta tendencia.

A pesar de que se encontró un consumo bajo, es importante recordar que el uso de drogas tiene importantes consecuencias sociales y para la salud; por ello son un tema de interés para múltiples sectores de la sociedad y una de las inquietudes más comunes es conocer de qué magnitud es el problema (Villatoro et. al. 2006). En este sentido, nuestros datos señalan que el consumo es bajo y puede presentarse en personas que viven en pareja y tienen estudios superiores.

La Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México (2003) encontró que los niveles de consumo de mujeres han incrementado, en tanto que en los hombres se han mantenido estables o han disminuido ligeramente. Dichos resultados se oscilan en población joven de entre 18 y 26 años de edad, indicando que las mujeres tienden a consumir mayormente drogas legales encontrado principalmente el tabaco, es importante hacer mención que la edad de la investigación es distinta pero los resultados nos dan un acercamiento con los resultados obtenidos en la investigación realizada.

Los resultados de la Encuesta Nacional de adicciones (2011) muestran que la prevalencia alguna vez en la vida para el consumo de cualquier droga y cualquier droga ilegal tuvo un crecimiento estadísticamente significativo entre 2002 y 2011. Las diferencias por sexo en este mismo periodo indican que, en los hombres, el

consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13%. En las mujeres, la prevalencia de cualquier droga pasó de 2.1% a 3.0%.

Con lo que respecta a la Calidad de Vida en la investigación realizada los resultados obtenidos nos arrojan que las personas presentan un nivel entre medio y alto, detonando como área más alta las relaciones sociales, seguida de la salud psicológica, posteriormente la salud física, para finalizar con el medio ambiente. Además se realizó una división por sexo en la que se identificó como área baja el medio ambiente para las mujeres y salud física para los hombres.

En cuanto a la literatura podemos citar un estudio realizado por González, Álvarez y Chávez (2009) aplicado con 106 participantes, dentro de los cuales los resultados arrojaron que su calidad de vida se encuentra como excelente. Además, en este mismo estudio, en lo que respecta a la distribución de los dominios de calidad de vida se obtuvo que, el más alto resultó en la salud psicológica seguido de la salud física, después el medio ambiente, para finalizar con las relaciones sociales. Entonces en nuestra población las personas informan tener más importancia en la convivencia con personas cerca en comparación con la población del estudio en donde se menciona lo contrario definiendo en la propia salud, dejando de lado la convivencia con personas.

Si bien en nuestra población la calidad de vida no es mala, dado que el consumo es bajo es posible que aún por ello no hay impacto en ésta, sin embargo hay poblaciones en las que la calidad de vida es mejor. Además los dominios no siempre son los mismos.

En términos globales, la calidad de vida se ve íntimamente reflejada en el área de relaciones sociales, lo cual se engloba en la dimensión objetiva abarcada dentro del capítulo dos de calidad de vida. Diener (1984) refiere esto como el reflejo del número de amigos, es decir, tipo y calidad de contactos sociales con la que la

persona dispone, dentro de esto también se ven involucradas las actividades en las cuales participa el individuo dentro de su comunidad mediante la interacción social (Maya, 2006).

Por el contrario el área baja en determinación a la población encuestada, como se mencionó antes se encontró el medio ambiente, englobada en las condiciones externas objetivas, para Blanco y Chacón (1985) esto se ve determinado por la vivienda, la existencia de elementos sanitarios, la seguridad de ocupación, la accesibilidad, así como la calidad de los servicios dentro de los cuales se abarcan la salud, educación y ocio; el transporte así como su calidad y seguridad y finalmente la calidad de los servicios de protección (Maya, 2006).

Para finalizar con la investigación se llevaron a cabo análisis de casos, tomando en cuenta los individuos más altos en cuanto al consumo de alcohol y consumo de sustancias.

En cuanto al caso de consumo de alcohol se encontraron 15 sujetos dentro de los cuales 5 son de sexo femenino todas ellas solteras y 10 de sexo masculino ubicados en un nivel desde unión libre hasta casados; la edad de los sujetos oscila entre 18 y 39 años de edad, en cuanto a nivel de estudios se ubican desde estudios primarios hasta profesionistas; principalmente consumidores de tabaco esto mencionado con anterioridad el consumo de alcohol se encuentra ligado a el consumo de tabaco (Nieva, Gual, Ortega y Mondón, 2004).

Como percepción de padecimientos psicológicos se encuentran en primer lugar las mujeres arrojando ansiedad, depresión y problemas emocionales, la población de sexo masculino no se percibe con ninguna de las anteriores arrojando que ellos nunca tienen problemas emocionales, esto lo vemos ligado en cuanto al género y la forma de expresar sentimientos tanto en hombres como en mujeres.

Según la literatura y retomando el tema del género, hasta hace no mucho tiempo el consumo de drogas era una conducta que mantenía fundamentalmente la población masculina adulta (eran “cosas de hombres”). Un patrón cultural de relación con las drogas que se tradujo en que los consumos de drogas entre las mujeres se mantuvieran en niveles muy bajos. Lamentablemente, a medida que la sociedad se fue modernizando y se redujeron las desigualdades de género, las mujeres comenzaron a adquirir algunas de las conductas de riesgo tradicionalmente consideradas típicamente masculinas, produciéndose un incremento sustancial de los consumos de drogas. En su deseo de conquistar la igualdad con los hombres, las mujeres imitaron ciertos comportamientos característicos del rol masculino, entre otros el uso de drogas (Sánchez Pardo, 2006).

Dentro de estos mismos casos las mujeres se encuentran en un nivel medio mientras que los hombres se encuentran en nivel alto de consumo de alcohol.

En cuanto al consumo de drogas se encontraron 5 participantes, de los cuales 4 son de sexo femenino principalmente solteras y casadas y 1 de sexo masculino, en unión libre; la edad de los sujetos oscila entre 20 y 42 años de edad, con nivel de estudios de secundaria hasta profesionistas. Como percepción de padecimientos psicológicos se encuentran en primer lugar las mujeres arrojando ansiedad, depresión, problemas emocionales así como problemas para resolver y enfrentar conflictos, el sujeto masculino no se percibe con ninguna de las anteriores. Dentro de estos casos se encuentra un antecedente de trastornos mentales en la familia.

Lo que la literatura menciona es lo siguiente, las personas jóvenes a quienes se les han ofrecido drogas son principalmente hombres, que ya no estudian, que

tienen un nivel escolar de bachillerato o licenciatura y que perciben que su comunidad es insegura (Villatoro, et. al, 2012).

En comparación con lo encontrado en nuestro estudio los resultados arrojados en cuanto a nivel de estudio son similares, pues se encuentran entre secundaria y profesional. Encontrándose en el nivel más alto de consumo las mujeres. También es importante retomar lo que se menciona en la Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México (2003) con base a la prevalencia de consumo de drogas en cuanto al sexo femenino de drogas legales.

Conclusión

Tras la comparación entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de sustancias adictivas y la calidad de vida, es posible concluir que a pesar de que el hombre presenta mayor consumo de alcohol esté enfocado en un área de riesgo a comparación de las mujeres. Estas mismas quienes llevan a cabo un mayor consumo de sustancias, es importante mencionar que aunque si se lleve cabo un consumo de estas la presencia dentro de la población es mínima. Debido a la presencia del consumo que se encontró en la investigación es importante referir que la calidad de vida de los sujetos no se ve disminuida, tomando en cuenta que la principal área en la que se encuentra la población se enfoca en el área de relaciones sociales, manifestando como prioridad el número de amigos, tipo y calidad de contactos sociales con la que la persona dispone, así como las actividades en las que se involucran.

De modo que, no se cumple la premisa de que la mujer presenta mayor calidad de vida al ser el sexo que presenta menor consumo de alcohol, por lo que la hipótesis se rechaza. Sin embargo el objetivo del consumo por sexo se llevó a cabo satisfactoriamente.

Es importante mencionar que los resultados pueden haberse sesgado debido a que la población femenina es mayor a consecuencia de la falta de participación de los hombres. Sin embargo también podemos decir que desde el punto de vista psicológico y cultural es más aceptado el consumo cotidiano en el sexo masculino que en el femenino, por tal motivo los hombres no se abren a la participación de este tipo de investigaciones, ya que ellos no lo perciben como una problemática.

Cabe resaltar que las principales aportaciones de la investigación dentro de la región de Zumpango son que el consumo de sustancias es muy bajo, y a pesar de que los municipios no son urbanizados la calidad de vida es alta.

Por tal motivo se sugiere en futuras investigaciones abarcar más municipios para la aplicación de los instrumentos en la región de Zumpango, incluyendo además a población más joven, como adolescentes. Otra sugerencia es incluir otros elementos que puedan asociarse a factores que determinen la calidad de vida de la población, así como tomar en cuenta a participantes con diferentes tipos de consumo.

De acuerdo con la literatura utilizada durante la investigación se menciona que la familia y el medio social en el que se desarrolla un individuo también es un punto importante a valorar, ya que si bien estos aspectos pueden ser un factor causante del consumo también pueden ser el medio de apoyo para la rehabilitación de los individuos. Es por ello que también se sugiere investigar más a fondo los aspectos y antecedentes familiares de los participantes.

Por último podemos decir que la importancia de esta investigación es que a pesar de que las cifras tanto de hombres como de mujeres en cuanto al consumo se mantienen, también es una realidad que aunque es poco la tendencia de la mujer se encuentra en aumento. Además las cifras revisadas también indican que el consumo empieza cada vez a menor edad lo que puede volverse una problemática a nivel familiar, social, laboral y de educación, ya que estos menores se vuelven adultos que probablemente siguen consumiendo.

Referencias

- Amenabar, et. al. (2001), *La Drogadicción en México, indiferencia o prevención*. México: editorial Comercial América.
- Asociacion Americana de Psiquiatria, Guia de consulta de los criterios diagnosticos de DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatria, 2013.
- Ardila, 2003. Calidad de vida: una definición integradora. Revista *Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, N°2, Colombia.
- Ávila, H. L. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. México: editorial eumed.net.
- Babor Thomas, F., & Higgins-Biddle John, C. (1992). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Barrionuevo, (2017). *Adicciones: drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Universidad de Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología.
- Becoña, E; Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España. Socidrogalcohol.
- Cardona A, Agudelo G. H. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 23 (1), 79-90.
- Chertorivsky, (2012). Encuesta Nacional de Adicciones: reporte de alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 1a edición.
- Dávila Newman, Gladys; (2006). *El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales*. Laurus, 180-205.

- Del Moral, M; Fernández, P. L. Ladero, L. & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. Drogodependencias, Madrid (ES): Medica Panamericana.
- De la Fuente, R., & Medina-Mora, M. E. (1987). Las adicciones en México. I. El abuso del alcohol y los problemas relacionados. *Salud Mental*, 10(2), 3-13.
- Del Sol Padrón, L. G., Fernández, O. Á., & Berovides, J. D. D. R. (2010). *Consumo de alcohol. Revista Finlay*, 61-65.
- García. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. UNAM, Facultad de Psicología, México.
- García, J.M.; Zaldívar, B.; Moreno, M. y Flores, P. (2013) Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. *Psicothema*, 25 (4), 433-439.
- García y Sales, (2011). *Bienestar y Calidad de Vida en México*. México D.F, Centro de estudios sociales y de opinión pública. Universidad de Monterrey.
- Garrido y Álvaro, (2007). *Psicología social, perspectivas psicológicas y sociales*. Mc Graw Hill. España.
- Gómez, Hernández, Rodríguez y Ramos. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 9-17.
- Hernández, Fernández y Baptista, *Metodología de la Investigación*, 5ta edición, México (2010).
- i Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119 (5), 175-179.
- Instituto Andaluz de la Mujer. (2006). Alcohol y tabaco. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía.

- Insulza, (2013). *El problema de Drogas en las Americas: Estudios, drogas y salud pública*. Organización de los estados Americanos.
- Maillefert, E. G. (1920). *La marihuana en México*. The Journal of American Folklore, 33(127), 28-33.
- Mansilla, M. D. C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. International E-journal of Criminal Sciences, (2).
- Massün, (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México, Editorial Trillas.
- Maya, L. (2006). Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. *Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad*. Salud mental, 24(4), 3-19.
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4).
- Natera, et. al. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-26.
- National Institute on Drug Abuse, (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Estados Unidos, NIH, No. 08-5605.
- Nieva, Gual, Ortega y Mondón. (2004). Alcohol y tabaco. *Monografía tabaco*, 16 (suplemento 2), pag. 191.

- Oblitas, G. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*, 3ra edición. México. Cengage.
- Observatorio Interamericano de Drogas. (2015). Informe del uso de drogas en las Américas. Organización de los estados americanos.
- Olivera. (2006). La escuela pública como representación simbólica popular. Una lectura interpretativa desde el interaccionismo simbólico en Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653) n ° 40.
- Pérez del Río, (2011). Estudios sobre adicciones, perfiles drogodependientes y eficacia del tratamiento en proyecto hombre burgos. España. Editorial Pardiez.
- Pierce, V. (2003). *Adicción: prevención, rehabilitación. Crecimiento personal*. México. Trillas.
- Rodríguez Aguilar, L., & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1).
- Sáiz, P. A., G-Portilla, M. P., Paredes, M. B., Bascarán, M. T., & Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14(5).
- Salas, (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Rev. CES Salud pública*, vol. 4.
- Salazar, Muñoz y Santoro, (2006). *Psicología social, formación y cambio de actitudes. Normas, roles y posiciones sociales y la desviación social*. Trillas, México.
- Simonsen, et al. (2009). *Farmacología para licenciados en enfermería. Manual Moderno*. México.

Sánchez Pardo. (2006). *Género y Drogas*. Guía informativa. Xunta de Galicia. Recuperada el 2006, vol. 18.

Stanton . P. (2014). Addiction as a Social Disease. The Staton Peele Addiction Website. Recuperado de <https://www.thefix.com/content/addiction-social-disease>.

Stanton . P. (2015). Is Addiction a Brain in Disease. The Staton Peele Addiction Website. Recuperado de <https://www.thefix.com/content/addiction-social-disease>.

Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., Delgado, B., Martínez-Monteagudo, M. C., & García-Fernández, J. M. (2007). Frecuencia del consumo de drogas legales: diferencias de edad en la adolescencia.

Torres, (2010). Calidad de vida: realidad y percepción. *Revista Bítacora Urbano Territorial*, Julio-Diciembre, 7-12.

Urzúa, (2012). Calidad de Vida: una revisión teórica del concepto. *Scielo*, vol. 30 N°1.

Verdugo, et al. (2009). *Manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida*, Barcelona, departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.

Verdugo, (2013). *Discapacidad e inclusión manual para la docencia*. Salamanca: Amarú.

Villatoro, J. (2012). *El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones*, Salud Mental. 35 (6), 448.

Villatoro, Hernández, I. Hernández, Fleiz, Blanco, y Medina. (2007). *Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Villatoro, Velázquez, et al. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. México D.F, INPRFM.

Vindel, Tobal, González e Iruarrizaga. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. Facultad de psicología. Anales de psicología, 10 (2).

Apéndice

a) Cuestionario De Uso De Drogas (DAST-10)

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

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

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

Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:	No	Si
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. abusa más de una droga a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas	Nunca	Menos de una vez al	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?		mes			
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido vez al mes casi a diario recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no el último curso del año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no el último curso del año		Sí, el último año
					Total:

c) Instrumento WHOQOL-BREF

Organización Mundial de la Salud

Facultad de Psicología, UNAM

Instrucciones: le voy a preguntar cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Si está inseguro sobre cuál es su respuesta, conteste la que considere más apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta.

Por favor, tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Usted debe contestarme de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros en las últimas dos semanas.

Pregunta	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado ciertos aspectos en las últimas dos semanas.

Pregunta	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente	1	2	3	4	5

que el dolor físico le impide realizar lo que necesita hacer?					
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **que tan completamente** ha experimentado o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las últimas dos semanas.

Pregunta	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5

11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15. ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas la piden contestar que tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.

Pregunta	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades de la	1	2	3	4	5

vida diaria?					
18. ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado ciertas situaciones en las últimas dos semanas.

Pregunta	Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene algún comentario acerca de la evaluación?

MUCHAS GRACIAS