

Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas

Addiction risk factors and their relationship with sports and recreational activities

*Mario I Ortiz, **Mariana Ortiz-Márquez

*Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (México), **Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México (México)

Resumen. Introducción. La adolescencia se considera un período de transformación en la vida del individuo. Existen factores de riesgo y factores protectores para el uso de sustancias adictivas. Existe controversia entre la capacidad protectora de las actividades físicas y recreativas en las adicciones. Objetivo. Determinar los valores basales del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y su relación con actividades deportivas y recreativas en estudiantes universitarios mexicanos. Métodos. Se aplicó un cuestionario a 723 participantes. El cuestionario constó de dos secciones: la primera recolectó antecedentes de realización de actividades físicas y recreativas. La segunda sección fue el Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia, que evaluó siete áreas para detectar adolescentes con riesgo de adicciones. Resultados. La edad promedio de los participantes fue de $18.6 \pm .6$ años; 522 fueron mujeres (72.2%). Trescientos siete (42.5%) participantes realizaron actividad física y 272 (37.6%) realizaron actividades recreativas. Las áreas con mayor riesgo para adicciones fueron: relaciones familiares, relaciones con amigos y nivel educativo. No se encontró ninguna relación entre la realización de deporte y los factores de riesgos encontrados en la evaluación ($p > .05$). Se encontró una relación significativa protectora entre la realización de actividades recreativas y una disminución en el riesgo de adicciones en el área de relaciones familiares (Odds Ratio = .541; $p < .05$). Conclusión. No existió una relación entre actividad física y los riesgos encontrados. La realización de actividades de recreación disminuyen los riesgos a adicciones en el área de relaciones familiares.

Palabras clave: Adicciones; Actividad física; Actividades recreativas.

Abstract. Introduction. Adolescence is a period of transformation in any individual's life, in which there are risk and protective factors for addictive substance use. There is controversy over the protective effect of physical and recreational activities on addictions. Objective. To determine the basal values of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers and their relation with ludic and physical activities in Mexican university students. Methods. A questionnaire was applied to 723 participants. The questionnaire consisted of two sections: the first collected sociodemographic and family history, as well as information on physical and recreational activities carried out. The second section was the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, which assessed seven areas to detect adolescents at risk for addictions. Results. The average age of participants was $18.6 \pm .6$ years; 522 were women (72.2%). Of the total population, 307 (42.5%) participants reported performing physical activity, while 272 (37.6%) reported recreational activities. The areas with mayor risk for addiction were family relationships, relationships with friends, and level of education. No relationship between exercising and risk factors was found in the evaluation ($p > .05$). A significant protective relationship between the realization of recreational activities and a decreased risk of addiction in the area family relationships ($p < .05$, Odds Ratio = .541) was found. Conclusion. There was no relationship between physical activity and the risks encountered. Recreational activities reduce the risks for addictions in the area of family relationships.

Keywords: Addictions; Physical activity; Recreational activities.

Introducción

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) cataloga como Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de Sustancias Psicoactivas a la intoxicación aguda, uso nocivo, síndrome de dependencia, estado de abstinencia, estado de abstinencia con delirio, trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío, otros trastornos mentales y del comportamiento y trastorno mental y del comportamiento no especificado (World Health Organization [WHO], 2009). El mismo CIE-10 divide los trastornos mentales de acuerdo al uso de nueve tipos de diferentes sustancias psicoactivas: alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (incluida la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas (WHO, 2009). Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DMS-V por sus siglas en inglés) los cataloga como Trastornos Relacionados con Sustancias y para su estudio los dividen en dos grupos: los Trastornos por consumo de sustancias y los Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales) (American Psychiatric Association [APA], 2013). El mismo DMS-V engloba los trastornos con 10 clases diferentes de sustancias psicoactivas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina [o las arilciclohexilaminas con acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas) (APA, 2013).

El abuso y dependencia de diversas sustancias psicoactivas (los trastornos relacionados con sustancias) puede producir graves proble-

mas de salud pública. Este comportamiento tiene importantes consecuencias negativas para la salud individual, la escuela, el trabajo, la familia y la sociedad (Gowing, Ali, Allsop, Marsden, Turf, West & Witton, 2015; Mesic, Ramadani, Zunic, Skopljak, Pasagic & Masic, 2013). La prevalencia en el mundo de los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias psicoactivas varía según la zona geográfica, tipo de sustancia, sexo y edad. Así, la prevalencia mundial de consumo de alcohol, de tabaquismo y el consumo de cannabis se estiman en un 43, 22.5 y 3.5%, respectivamente (Gowing, et al., 2015). El consumo de alcohol y el consumo de tabaco, en general, son más frecuentes entre los hombres (Gowing, et al., 2015). En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (Villatoro-Velázquez, et al., 2014) de nivel secundaria y bachillerato del 2014 reportó que el consumo de tabaco fue de 11.1% (13.3% en los hombres y 8.9% en las mujeres). En el mismo estudio se reportó que 35.5% de estudiantes de secundaria y bachillerato consumieron alcohol en el último año. En lo que respecta a las sustancias psicoactivas ilícitas, la prevalencia total en hombres fue de 16.6% y de 12.5% en mujeres. El consumo de la marihuana fue la más frecuente, seguido por los inhalables y luego los tranquilizantes (Villatoro-Velázquez, et al., 2014). En general, los inicios de la utilización de sustancias psicoactivas es en edades tempranas, como en la adolescencia o en la etapa de adulto joven (Mulye, Park, Nelson, Adams, Irwin & Brindis, 2009; Gowing, et al., 2015; Mesic, et al., 2013).

Después de todas las etapas de la infancia, la adolescencia y la juventud son etapas importantes en el ciclo de vida y se consideran períodos de transición en la vida del individuo (Mulye, et al., 2009). Son etapas en donde se crean y se toman hábitos (negativos o positivos) que pueden perdurar o afectar toda la vida del individuo en el futuro. De acuerdo a las experiencias vividas u obtenidas dentro de su familia y/o comunidad, los adolescentes pueden tener hábitos buenos o positivos (ejercicio, buen aseo personal, educación de alto nivel, nutrición adecuada, peso ideal para su persona, salud física y mental, etc.) o hábitos malos o negativos (mala nutrición, desaseado, nivel educativo deficien-

te, consumo de sustancias psicoactivas o drogas, agresividad, violencia, etc.) (Mulye, et al., 2009; Gowing, et al., 2015; Mescic, et al., 2013). En este sentido, el mal hábito de consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes y adultos jóvenes puede ser un problema de salud pública y se ha estudiado ampliamente en muchas partes del mundo.

Las investigaciones realizadas en adolescentes y adultos jóvenes han identificado muchos factores que aumentan el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas tales como la curiosidad por experimentar, influencias de los amigos y de familiares, la falta de supervisión de los padres, problemas de personalidad, disciplina inconsistente por parte de los padres, falta de estimulación intelectual, padres autoritarios, consumo de sustancias psicoactivas por los padres o familiares, comportamiento criminal de los padres, violencia intrafamiliar y desorganización familiar, situaciones estresantes en la infancia, entre otros (Catalano, Haggerty, Hawkins & Elgin, 2011; Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof & Greenbaum, 2006; Razali & Kliewer, 2015). El aburrimiento, el tiempo libre no utilizado, y la falta de actividades recreativas o deportivas comunitarias son otros factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Alhyas, et al., 2015). En este sentido, factores que hay que manejar o mejorar para evitar el abuso de sustancias psicoactivas incluyen la comunicación familiar funcional y efectiva, la socialización, la organización familiar, la participación del padre en las decisiones familiares, las estrategias funcionales de hacer frente al estrés, un ambiente educativo positivo, la religión, la capacidad de identificar tempranamente los signos de alerta para el uso de sustancias, actividad física, entre otros (Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof, & Greenbaum, 2006; Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez & López, 2009; Catalano, et al., 2011; Lynch, Peterson, Sanchez, Abel & Smith, 2013; Mescic, et al., 2013; Razali & Kliewer, 2015).

Diversos estudios han demostrado que la actividad física puede mejorar el estado de ánimo, la aptitud física, el rendimiento académico y funciones cognitivas, aumentar la autoconfianza, mejor estabilidad emocional, ofrecer mayor resiliencia, disminuir la ansiedad y la depresión, y aumentar la autoestima (Valois, Zullig, Huebner & Drane, 2004, p.59; Mooney, et al., 2014, p.140; Romero, 2015, p.98; Kyle, Hernández, Reigal & Morales, 2016, p.61; Barajas, del Río, Andrade, Flores, Salazar & Ramos, 2017, p.44). Asimismo, se han encontrado resultados que apoyan los efectos benéficos de la actividad física sobre el consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, varios estudios demostraron que un incremento en la actividad física o deportiva disminuyó de manera significativa el tabaquismo en adolescentes y adultos jóvenes (Tercedor, et al., 2007; Ruiz, de la Cruz, Ruiz-Risueño & García, 2008; Lisha & Sussman, 2010; Terry-McElrath & O'Malley, 2011; Terry-McElrath, O'Malley & Johnston, 2011; Ruiz-Risueño, Ruiz-Juan & Zamarripa, 2012; Vaquero-Cristóbal, Isoma & Ruiz, 2013; Tabak, Mazur & Zawadzka, 2015; Ruiz-Risueño & Ruiz-Juan, 2015; Lesjak & Stanojević-Jerković, 2015; Álvaro, Zurita, Viciano, Martínez, García & Estévez, 2016; Castro-Sánchez, Zurita-Ortega, Chacón-Cuberos, Espejo-Garcés, Martínez-Martínez & Pérez-Cortés, 2017).

No obstante, algunos estudios encontraron lo contrario, es decir, que la actividad física o el deporte se relacionaba con mayor consumo de tabaco o no producía ningún efecto (Castrucci, Gerlach, Kaufman & Orleans, 2004; Peltzer, 2010; Ruiz-Risueño, et al., 2012; Dunn, 2014; Bedendo & Noto, 2015).

En lo que respecta a la relación entre actividad física y el consumo de bebidas alcohólicas, una revisión sistemática encontró una mayor frecuencia y mayor cantidad del consumo de alcohol en las personas que practicaban deportes en comparación a los que no lo practicaban (Lisha & Sussman, 2010). Estudios más recientes no demostraron un efecto protector de la actividad física o deportiva para el consumo de alcohol en adolescentes españoles, polacos, brasileños, africanos, eslovenos o estadounidenses (Peltzer, 2010; Terry-McElrath & O'Malley, 2011; Dunn, 2014; Lesjak & Stanojević-Jerković, 2015; Tabak, et al., 2015; Bedendo & Noto, 2015; Castro-Sánchez, et al., 2017; Álvaro, et al., 2016). Otro estudio con jóvenes americanos encontró un efecto protector de la actividad física sobre el consumo de alcohol (Terry-McElrath, et al., 2011). Asimismo, otro estudio con jóvenes

españoles encontró que la actividad física se relacionó con menor consumo de alcohol (Ruiz-Risueño, et al., 2012).

En cuanto al consumo de marihuana, un estudio estadounidense demostró que la actividad física fue un factor protector en mujeres adolescentes, pero no en hombres (Dunn, 2014). Otros estudios encontraron un efecto protector de la actividad física para un menor consumo de marihuana en adolescentes (Delisle, Werch, Wong, Bian & Weiler, 2010; Lisha & Sussman, 2010; Terry-McElrath & O'Malley, 2011; Terry-McElrath, et al., 2011; Tabak, et al., 2015). Sin embargo, en otro estudio no se encontró alguna relación entre la realización de actividad física y el consumo de marihuana en adolescentes eslovenos (Lesjak & Stanojević-Jerković, 2015).

Por otro lado, la disminución de actividades recreativas por parte de los adolescentes se asocia con un sentimiento de malestar psicológico y el uso de sustancias psicoactivas (Trainor, Delfabbro, Anderson & Winefield, 2010; Alhyas, et al., 2015). En este sentido, no existen estudios que busquen analizar el impacto que podría tener la realización de actividades deportivas y recreativas en los riesgos que pre-existen en estas poblaciones para la utilización de sustancias psicoactivas. Por este motivo, el objetivo del presente estudio fue determinar los valores basales (riesgos para adicciones) del Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia (en inglés: Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers [POSIT]) y su relación con actividades deportivas y recreativas en jóvenes universitarios mexicanos.

Método

Diseño del estudio

Se realizó un estudio en un solo centro, prospectivo, observacional, y analítico.

Participantes

México es un país ubicado en la parte meridional de América del Norte. El territorio del país está dividido en 32 entidades federativas (31 Estados y la Ciudad de México). El Estado de Hidalgo, cuya capital es la ciudad de Pachuca, está dividido en 84 municipios. El Estado de Hidalgo representa solo 1.06% del territorio nacional. Tiene una población de 2.862.970 habitantes (52.1% hombres y 47.9% mujeres). En relación a los grupos de edad, hay 254,804 (8.9%) habitantes de 15 a 19 años. En cuanto a la distribución de población, cuenta con un 52% de población urbana y 48% rural. El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.7 años (poco más de segundo año de secundaria). Solo aporta un 1.7% al producto interno bruto del país (Instituto Nacional de Estadística e Historia [INEGI], 2016). El Estado de Hidalgo cuenta con 5,786 planteles educativos de todos los niveles, siendo solo 70 (1.2%) del nivel Técnico superior o profesional asociado, licenciatura y posgrado. La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) es la principal institución de educación media superior, superior y posgrado del Estado de Hidalgo. La UAEH ofrece 98 programas educativos en sus 6 institutos: de Artes, de Ciencias Agropecuarias, de Ciencias Básicas e Ingeniería, de Ciencias de la Salud (ICSa), de Ciencias Económico Administrativas, y de Ciencias Sociales y Humanidades (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2017). El Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) (se ofrecen programas educativos Niveles 6-8 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2013). Los Programas educativos están divididos en 8 a 10 semestres cada uno) cuenta con un aproximado de 5000 alumnos. Se incluyó en el estudio una muestra de 757 estudiantes del ICSa de la UAEH, Pachuca, Hidalgo, México. Los criterios de inclusión fueron: estudiantes inscritos de los primeros cuatro niveles (semestres) de las diferentes programas educativos del ICSa, con un rango de 17 a 19 años de edad, ambos sexos, aceptaron participar voluntariamente y que firmaran su consentimiento informado escrito. Dentro de los criterios de eliminación se estableció: tiempos menores de respuesta menor a 20 minutos, instrumentos incompletos o con doble respuesta y abandono de la participación del estudiante. El protocolo de estudio fue aprobado

por el Comité de Ética en ICSa, UAEH, Pachuca, Hidalgo, México y el estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices delineadas por la Declaración de Helsinki. Se obtuvieron los consentimientos informados firmados de todos los participantes. El anonimato fue enfatizado y asegurado.

Procedimiento

En planeación previa se seleccionaron los grupos de estudiantes de los diferentes Programas educativos del Instituto. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado. Se seleccionaron grupos de alumnos de los primeros 4 semestres de todos los programas. Los investigadores acudieron a las aulas de los estudiantes en horas de clases y se solicitó a los catedráticos su autorización para invitar a los estudiantes a participar en la investigación. A los estudiantes se les explicaron los objetivos y procedimientos para contestar el instrumento. Una vez firmado el consentimiento informado, se les entregó el instrumento a los estudiantes y se les otorgó 30 minutos para su contestación, lo cual fue de manera individual. Al final, se recogieron los instrumentos y se dio las gracias a los participantes y a los profesores.

El cuestionario aplicado consistió de dos subsecciones. La primera subsección preguntaba sobre los datos sociodemográficos, antecedentes familiares de adicciones, actividad física (Por lo menos 50 minutos al menos 3 veces por semana en los últimos 6 meses (Collingwood, Sunderlin, Reynolds & Kohl, 2000; World Health Organization [WHO], 2010) y las actividades recreativas o de ocio (actividades en las que los individuos se involucran para el disfrute o el bienestar que son independientes de trabajo o profesión o actividades de la vida diaria; por lo menos de 60 minutos al menos 1 vez por semana en los últimos 6 meses (Fallahpour, Borell, Luborsky & Nygård, 2016; Schaub, Gmel, Anaheim, Mueller & Schwappach, 2010).

La segunda subsección consistió en el Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia, con preguntas o reactivos de verdadero o falso. El Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia es una herramienta útil y validada en inglés y en español para determinar los factores asociados con un mayor potencial para el abuso de drogas (factores de riesgo) en los adolescentes (Bertini, Busaniche, Baquero, Eymann, Krauss, Paz y Catsicaris, 2015; Knight, Goodman, Pulerwitz & DuRant, 2001; Mariño, González, Andrade & Medina, 1998). El Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia evalúa 7 áreas para detectar adolescentes con problemas de consumo de drogas: 1. Uso y abuso de sustancias (17 reactivos), 2. Salud mental (16 reactivos), 3. Relaciones familiares (10 reactivos), 4. Relaciones con amigos (7 reactivos), 5. Nivel de educación (16 reactivos; es decir, problemas o trastornos de aprendizaje), 6. Intereses laborales (6 reactivos), y 7. Conducta agresiva/delinuencia (14 reactivos). Cualquier puntuación positiva, elección de un reactivo clasificado como bandera roja o la puntuación total de la prueba (Calificaciones de cero a 81; siendo el punto de corte general que significa riesgo > 34), indica que existe un problema potencial. Los reactivos «banderas rojas» pretenden identificar las áreas problemáticas sin la necesidad de una evaluación adicional, cuando sólo se califican como positivas.

Análisis Estadístico

Los datos se analizaron con la versión 20 del paquete estadístico para Ciencias Sociales (En inglés: Statal Package for Social Sciencies). Se realizó estadística descriptiva (Frecuencias absolutas, proporciones, medias, desviaciones estándar, etc.) y estadística inferencial. La relación entre las variables dependientes e independientes fue realizada con análisis de regresión logística multivariado. En una primera instancia se analizó la relación entre las actividades físicas y recreativas (variables dependientes) y las variables sociodemográficas, la familia, el estatus socioeconómico, antecedentes familiares de uso de sustancias adictivas (variables independientes). En un segundo análisis se evaluaron las relaciones entre las calificaciones de las áreas evaluadas y la calificación final del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia (variables dependientes) y las variables: actividades físicas

y recreativas, sociodemográficas, familiares, el estatus socioeconómico, y antecedentes familiares de uso de sustancias adictivas (variables independientes). Se realizó un análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvieron los Odds Ratios con sus respectivos intervalos de confianza (95%). El nivel de significación se fijó en $p < .05$.

Resultados

Datos sociodemográficos y antecedentes familiares de los estudiantes

En la evaluación, 723 estudiantes fueron incluidos para participar en el estudio. La edad promedio \pm desviación estándar de los participantes fue de $18.6 \pm .6$ años. Quinientos veintidós participantes fueron mujeres (72.2%) y doscientos uno (27.8%) fueron hombres. De acuerdo con el número de hermanos, 76 estudiantes (10.5%) no tenían ningún hermano, 281 estudiantes (38.9%) tenían un hermano y 366 estudiantes (50.6%) tenían dos o más hermanos. Con respecto al orden de su nacimiento con el de sus hermanos, 338 participantes (46.7%) fueron los primeros, 254 (35.1%) fueron los segundos y 131 (18.1%) fueron los terceros o más. Cuatrocientos veintiún padres (58.2%) de los participantes tenían un nivel de educación bachiller o menor y 302 (41.8%) tenían licenciatura o nivel superior. Cuatrocientos ochenta y cuatro (66.9%) de las madres de los participantes tenían un nivel de educación bachiller o menor y 239 (33.1%) tenían licenciatura o nivel superior. Quinientos noventa y cinco (82.3%) de los participantes eran de los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo y 128 (17.7%) fueron participantes de los niveles socioeconómicos medio alto y alto. Ciento treinta y dos (18.3%) de los participantes tenían un familiar directo (padre, madre, o hermanos) con alcoholismo, 207 (28.6%) de los participantes tenía un familiar directo con tabaquismo y 13 (1.8%) estudiantes tuvieron un familiar con adicción a las drogas.

Realización de actividad física

Del total de la población ($n=723$), 307 (42.5%) de los participantes realizan actividad física (por lo menos 50 minutos al menos 3 veces por semana en los últimos 6 meses) (Tabla 1). En lo que respecta al tipo de actividad física o deporte, 150 (48.9%) de los participantes realiza

Tabla 1. Participantes que realizaron actividad física y actividades recreativas, divididas por las diferentes variables sociodemográficas, familiares, socioeconómicas y antecedentes familiares.

	Actividad física (n=307)	Sin actividad física (n=416)	Actividades recreativas (n=272)	Sin actividades recreativas (n=451)
Edad	17	14	8	19
	18	98	135	94
	19	196	267	170
Sexo	Hombre	122	79	98
	Mujer	185	337	174
	0	41	35	42
Número de hermanos	1	112	169	97
	2 ó más	154	212	133
Orden	Primero	157	181	139
	Segundo	92	162	80
	Tercero o más	58	73	53
Nivel educativo del padre	Menor a licenciatura	164	257	146
	Licenciatura o mayor	143	159	126
Nivel educativo de la madre	Menor a licenciatura	187	297	172
	Licenciatura o mayor	120	119	100
Nivel Socio-económico	Medio bajo o menor	267	328	237
	Medio alto o mayor	40	88	35
Familiar con alcoholismo	Sí	49	83	46
	No	258	333	226
Familiar con tabaquismo	Sí	83	124	92
	No	224	292	180
Familiar con adicción	Sí	5	8	4
	No	302	408	268

Tabla 2. Relación entre actividad física, actividades recreativas y variables sociodemográficas, familiares, socioeconómicas y antecedentes familiares de uso de sustancias adictivas

	Actividad física OR (IC 95%)	Valor de p	Actividades recreativas OR (IC 95%)	Valor de p
Edad	.99 (.715-1.397)	.996	.86 (.614-1.202)	.377
Sexo	2.94 (2.073-4.180)	.001*	1.85 (1.305-2.610)	.001*
Número de hermanos	1.07 (.735-1.561)	.721	1.01 (.684-1.465)	.996
Orden de nacimiento	1.43 (.883-2.306)	.146	1.51 (.928-2.446)	.097
Nivel educativo del padre	1.05 (.729-1.505)	.802	1.11 (.769-1.591)	.587
Nivel educativo de la madre	1.34 (.921-1.963)	.125	1.10 (.749-1.602)	.640
Nivel socioeconómico	.54 (.349-.839)	.006*	.59 (.376-.916)	.019*
Familiar con alcoholismo	.78 (.501-1.207)	.262	.72 (.461-1.116)	.141
Familiar con tabaquismo	.89 (.614-1.304)	.561	1.81 (1.246-2.633)	.002*
Familiar con adicción	.96 (.295-3.121)	.944	.52 (.152-1.772)	.295

OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de confianza. * $p < .05$ Estadísticamente significativo.

actividades físicas individuales (trote, caminata, natación, bicicleta, entre otros), 25 (8.1%) realizan actividad física o deporte de oposición (tenis, box, artes marciales, entre otros), 28 (9.1%) participantes realizan actividades deportivas de cooperación (danza, aerobics, entre otras) y 104 (33.9%) realizan actividades de colaboración-oposición (fútbol, basquetbol, volibol, entre otros).

Las tablas 1 y 2 muestran la relación que existe entre la realización de deporte (variable dependiente) y diversas variables sociodemográficas, familiares, nivel socioeconómico y antecedentes familiares de uso de diversas sustancias adictivas. Un análisis multivariado encontró que existe una relación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre la realización de actividad física y el sexo (siendo el masculino el que realiza más actividad física) y el nivel socioeconómico del estudiante (a mayor nivel, menor la actividad física) (tabla 2).

Realización de actividades recreativas o de ocio

En este aspecto, del total de la población, 272 (37.6%) de los participantes realizan actividades recreativas o de ocio (60 minutos al menos 1 vez por semana en los últimos 6 meses) (Tabla 1). En lo que respecta al tipo de actividad recreativa, 90 (33.1%) de los participantes realiza actividades de creación artística o manualidades, 48 (17.6%) realizan actividades de lectura, 40 (14.7%) participantes realizan actividades de asistencia a espectáculos, 34 (12.5%) realizan actividades de visitas a museos o zonas arqueológicas, 27 (9.9%) realizan actividades deportivas-recreativas, 15 (5.5%) participantes realizan actividades audiovisuales, y 18 (6.6%) realizaban diversas actividades recreativas.

Las tablas 1 y 2 muestran la relación que existe entre la realización de las actividades recreativas y diversas variables sociodemográficas, familiares, nivel socioeconómico y antecedentes familiares de diversas sustancias adictivas. En este caso en particular, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la realización de actividades recreativas y el sexo (siendo mayor la actividad recreativa en el sexo masculino), el nivel socioeconómico (a mayor nivel, menor la actividad recreativa) y antecedente familiar de tabaquismo (incrementa las actividades recreativas) (Tabla 2) ($p < .05$).

Calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia

La tabla 3 muestra los resultados de la aplicación del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia a los participantes. Se pueden observar las 7 áreas evaluadas y los valores de reactivos sin riesgo, con riesgo, banderas rojas y el riesgo según el punto de corte mínimo para declarar el riesgo en cada área específica. La suma total de los 81 reactivos puede ser de cero a 81. De acuerdo al valor de corte general para declarar el riesgo que es >34 , solo 78 (10.8%) estudiantes tuvieron una calificación de > 34 y 645 (89.2%) estudiantes tuvieron una calificación menor de 34.

En lo que respecta a la presencia de reactivos clasificados como banderas rojas (riesgo si la respuesta es afirmativa), las 3 áreas con mayores porcentajes de banderas rojas fueron: relaciones familiares, relaciones con amigos y nivel educativo. La combinación de presencia de banderas rojas y valor de corte (> 34) dio los siguientes resultados:

A. 24 (3.3%) participantes no tuvieron banderas rojas y obtuvieron

Tabla 3. Resultados obtenidos del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia en 723 estudiantes.

Área evaluada y número de preguntas contestadas afirmativamente- (valor de corte)	Estudiantes que respondieron preguntas sin riesgo n (%)	Estudiantes que respondieron con riesgo n (%)	Estudiantes con respuesta positiva de preguntas que son banderas rojas n (%)	Estudiantes con valor de corte en cada área n (%)
Uso y abuso de sustancias Con =1 = en riesgo	471 (65.1)	252 (34.9)	252 (34.9)	252 (34.9)
Salud mental Con =5 = en riesgo	138 (19.1)	585 (80.9)	332 (45.9)	361 (49.9)
Relaciones familiares Con =3 = en riesgo	70 (9.7)	653 (90.3)	547 (75.7)	564 (78.0)
Relaciones con amigos Con =1 = en riesgo	103 (14.2)	620 (85.8)	620 (85.8)	620 (85.8)
Nivel de Educación Con =5 = en riesgo	25 (3.5)	698 (96.5)	629 (87.0)	634 (87.7)
Intereses laborales Con =3 = en riesgo	275 (38.0)	448 (62.0)	-	344 (47.6)
Conducta agresiva/delinuencia Con =5 = en riesgo	137 (18.9)	586 (81.1)	103 (14.2)	198 (27.4)

ron calificación de <34 ;

B. Cero participantes tuvo ausencia de banderas rojas y calificación final general >34 ;

C. 621 (85.9%) participantes tuvieron banderas rojas y calificación final general <34 menor; y

D. 78 (10.8%) participantes tuvieron banderas rojas y calificación final general >34 .

Relación entre las calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y actividad física

Las tablas 4 y 5 muestran la posible relación que pudiera existir entre la realización de actividad física y los factores de riesgos de las 7 áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. En este sentido, se pudo observar que no existió ninguna relación entre la realización de deporte y el riesgo encontrado en las siete áreas o la calificación final del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia (Tabla 5) ($p > .05$).

Relación entre las calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y actividades recreativas

Las tablas 4 y 5 muestran la posible relación que pudiera existir entre la realización de actividades recreativas y los factores de riesgos de las 7 áreas que evalúa el Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. En este sentido, se puede observar en la tabla 5 que no existió ninguna relación entre la realización de actividades recreativas y el riesgo encontrado en las áreas: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conductas agresivas/delinuencia o la calificación final del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia ($p > .05$). Sin embargo, se encontró una relación significativa entre la realización de actividades recreativas y el riesgo encontrado en el área «relaciones familiares» (Tabla 5; las actividades recreativas disminuyen los riesgos) (Odds Ratio=0.541; $p < .05$).

Tabla 4.

Participantes que realizaban actividad física y actividades recreativas, divididos de acuerdo a las calificaciones de las diferentes áreas evaluadas y la calificación final del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia.

		Actividad física (n=307)	Sin actividad física (n=416)	Actividades recreativas (n=272)	Sin actividades recreativas (n=451)
Uso y abuso de sustancias	Con riesgo	111	141	92	160
	Sin riesgo	196	275	180	291
Salud mental	Con riesgo	154	207	128	233
	Sin riesgo	153	209	144	218
Relaciones familiares	Con riesgo	236	328	194	370
	Sin riesgo	71	88	78	81
Relaciones con amigos	Con riesgo	265	355	225	395
	Sin riesgo	42	61	47	56
Nivel de Educación	Con riesgo	269	365	233	401
	Sin riesgo	38	51	39	50
Intereses laborales	Con riesgo	143	201	131	213
	Sin riesgo	164	215	141	238
Conducta agresiva/delinuencia	Con riesgo	87	111	75	123
	Sin riesgo	220	305	197	328
Calificación total	≥ 34 (Con riesgo)	30	48	23	55
	< 34	277	368	249	396

Tabla 5.

Relación entre la realización de actividad física, actividades recreativas y las calificaciones de las diferentes áreas evaluadas y la calificación final del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia.

	Actividad física OR (IC 95%)	Valor de p	Actividades recreativas OR (IC 95%)	Valor de p
Uso y abuso de sustancias	1.13 (.823-1.554)	.449	.90 (.652-1.250)	.538
Salud mental	1.06 (.785-1.442)	.690	.82 (.601-1.117)	.208
Relaciones familiares	1.03 (.713-1.489)	.873	.54 (.375-.780)	.001*
Relaciones con amigos	1.20 (.775-1.861)	.413	.65 (.421-1.003)	.051
Nivel de Educación	1.06 (.670-1.689)	.794	.73 (.462-1.165)	.190
Intereses laborales	.92 (.679-1.247)	.593	1.06 (.777-1.444)	.718
Conducta agresiva/delinuencia	1.09 (.775-1.527)	.627	.99 (.703-1.408)	.977
Calificación total	.90 (.551-1.482)	.687	.68 (.403-1.152)	.152

OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de confianza. * $p < .05$ Estadísticamente significativo.

Relación entre las calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y datos sociodemográficos y antecedentes familiares de los estudiantes

Las tablas 6-8 muestran los resultados sobre la asociación de las calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y datos sociodemográficos y antecedentes familiares

Tabla 6.
Relación entre variables sociodemográficas, familiares y las calificaciones de las diferentes áreas evaluadas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia.

	Edad	Sexo	# de hermanos	Orden de nacimiento
	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p
Uso y abuso de sustancias	1.17 (.831-1.652) .365	2.44 (1.730-3.431) .001*	.98 (.674-1.436) .251	.83 (.503-1.361) .369
Salud mental	.89 (.641-1.225) .303	.63 (.448-.886) .008*	1.26 (.878-1.808) .103	1.34 (.824-2.184) .051
Relaciones familiares	1.03 (.696-1.520) .999	.45 (.309-.661) .001*	.95 (.618-1.468) .988	1.01 (.566-1.779) .482
Relaciones con amigos	.97 (.613-1.545) .479	.91 (.563-1.567) .746	.88 (.536-1.444) .789	1.20 (.601-2.400) .402
Nivel de educación	.91 (.548-1.499) .770	.39 (.239-.624) .001*	1.48 (.856-2.567) .294	.82 (.393-1.717) .744
Intereses laborales	1.81 (1.300-2.508) .001*	1.53 (1.083-2.154) .016*	.77 (.545-1.134) .405	.88 (.552-1.407) .350
Conducta agresiva	1.38 (.946-2.003) .095	2.61 (1.813-3.744) .001*	1.13 (.743-1.706) .473	1.24 (.732-2.104) .326
Calificación total	.82 (.260-2.587) .060	1.93 (1.173-3.184) .010*	1.34 (.727-2.469) .070	1.39 (.621-2.796) .389

OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de confianza. *p<.05 Estadísticamente significativo.

Tabla 7.
Relación entre variables familiares, socioeconómicas y las calificaciones de las diferentes áreas evaluadas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia.

	Nivel educativo del padre	Nivel educativo de la madre	Estado socioeconómico
	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p
Uso y abuso de sustancias	.99 (.693-1.437) .123	1.49 (1.019-2.178) .040*	1.18 (.767-1.811) .629
Salud mental	1.17 (.821-1.660) .277	1.51 (1.040-2.168) .030*	1.55 (1.033-2.332) .034*
Relaciones familiares	.85 (.559-1.296) .054	.66 (.429-1.014) .058	.83 (.512-1.339) .663
Relaciones con amigos	.94 (.571-1.535) .283	.74 (.447-1.238) .116	.89 (.506-1.563) .831
Nivel de Educación	.92 (.542-1.567) .517	.90 (.521-1.560) .270	1.20 (.633-2.283) .602
Intereses laborales	1.02 (.711-1.448) .189	.69 (.481-1.016) .061	1.68 (1.115-2.540) .013*
Conducta agresiva/delinuencia	1.44 (.968-2.149) .116	.89 (.589-1.359) .784	1.06 (.664-1.662) .671
Calificación total	1.02 (.571-1.813) .406	1.58 (.879-2.853) .113	1.60 (.864-2.961) .188

OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de confianza. *p<.05 Estadísticamente significativo.

Tabla 8.
Relación entre antecedentes familiares del uso de sustancias y las calificaciones de las diferentes áreas evaluadas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia.

	Familiar con alcoholismo	Familiar con tabaquismo	Familiar con drogadicción
	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p	OR (IC 95%) Valor de p
Uso y abuso de sustancias	1.59 (1.036-2.452) .034*	1.71 (1.173-2.501) .005*	1.09 (.342-3.497) .388
Salud mental	1.23 (.807-1.872) .08	1.34 (.935-1.933) .037*	1.72 (.501-5.882) .160
Relaciones familiares	1.14 (.686-1.901) .811	.93 (.601-1.433) .769	.83 (.213-3.215) .924
Relaciones con amigos	1.47 (.759-2.857) .110	1.36 (.792-2.337) .127	1.35 (.165-11.005) .495
Nivel de Educación	.67 (.354-1.213) .420	2.23 (1.197-4.172) .012*	.25 (.060-1.039) .233
Intereses laborales	1.08 (.711-1.650) .114	1.50 (1.042-2.168) .029*	.80 (.245-2.638) .917
Conducta agresiva/delinuencia	1.70 (1.086-2.651) .020*	1.31 (.879-1.965) .183	1.86 (.566-6.076) .126
Calificación total	1.87 (1.035-3.364) .038*	1.67 (.962-2.910) .068	.96 (.190-4.803) .590

OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de confianza. *p<.05 Estadísticamente significativo.

de los estudiantes. En este caso, podemos observar que la edad tuvo una relación con el área «interés laboral» (Tabla 6). El sexo de los participantes tuvo varias asociaciones (tanto negativas como positivas), con diversas áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia (Tabla 6). Se encontró una relación positiva (incrementa el riesgo) entre el nivel educativo de la madre y las áreas «uso y abuso de sustancias» y «salud mental» (Tabla 7). Asimismo, el estado socioeconómico se relacionó significativamente con las áreas «salud mental» e «interés laboral» (incrementa el nivel socioeconómico, incrementa los riesgos) (Tabla 7). Por otro lado, en la tabla 8 se observa que se encontraron asociaciones entre algunos de los valores de Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y antecedentes de familiar con alcoholismo y tabaquismo (los antecedentes de familiar con alcoholismo o tabaquismo incrementa los riesgos) (p<.05), pero no con drogadicción.

Discusión

La adolescencia es un estado importante en la vida de las personas, y se le considera como uno de los periodos que sufre más transformaciones en la vida de un individuo. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la

edad adulta; y abarca de la edad de 10 a los 19 años (Adolescent Health Committee [AHC], 2003, p.577; World Health Organization [WHO], 1986, p.11). Asimismo, la adolescencia se puede dividir en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). Igualmente, el término juventud, se refiere al periodo que abarca de los 10 a los 24 años (WHO, 1986, pp.11-12). El Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia fue creado en 1991 para identificar posibles áreas problemáticas en adolescentes que requieren una mayor evaluación en profundidad, incluyendo el abuso de sustancias, la salud mental y física, y las relaciones sociales (Rahdert, 1991). La prueba ha sido validada en diversas poblaciones, incluyendo en la mexicana (Knight, et al., 2001; Mariño, et al., 1998; Rahdert, 1991; Dembo, Schmeidler, Borden, Turner, Sue & Manning, 1996). En el presente estudio, nuestra población incluida fue limitada a edades de 17 a 19 años, y siendo mayor el número de mujeres.

Calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia

En el análisis por áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia aplicado a nuestra población, se observó que las 3 áreas más afectadas fueron: relaciones familiares, relaciones con amigos y nivel educativo (Tabla 3); mientras que las 2 áreas con menor riesgo fueron: conducta agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias. De acuerdo a nuestros resultados, es más importante la presencia de reactivos banderas rojas afirmativas en el Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia que el punto de corte de calificación final >34, ya que solo 10.8% de los participantes fueron clasificados con este tipo de riesgo y 85.9% de los participantes tuvieron banderas rojas afirmativas (alertas que significan riesgo de adicciones). En este sentido, se debe poner atención a estos estudiantes en conjunto, con el fin de proponer acciones para disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores.

Realización de ejercicio y calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia

La actividad física se define como «cualquier movimiento del cuerpo producido por el sistema músculo-esquelético del que resulta un gasto energético» (World Health Organization [WHO], 2004). La Organización Mundial de la Salud define al «ejercicio» como la actividad física planeada, estructurada, repetitiva, realizada durante el tiempo libre con el propósito principal de mejorar o el mantenimiento de la condición física, el rendimiento físico o la salud. La misma Organización Mundial de la Salud recomienda realizar actividad física aeróbica o ejercicio en por lo menos 50 minutos tres veces a la semana (WHO, 2010, pp.24-27). En nuestro estudio sólo un 42.5% (n=307) participantes realizan ejercicio. Nuestros resultados concuerdan con los hallazgos de la evaluación del Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico del INEGI (2016, p.8), los cuales encontraron que el 41.8% de la población mexicana de 18 años o más son activos físicamente. Se encontró que las actividades físicas individuales fueron realizadas casi por la mitad de estos participantes. Fue mayor la realización de actividad física en hombres que en mujeres (Odds Ratio=2.94, p<.05; tabla 2) y cuando el nivel socioeconómico fue mayor, menor la realización de actividad física (Odds Ratio =0.541, p<.05; tabla 2). Existen reportes que mencionan que la actividad física disminuye como avanza la edad de la persona, y siendo más notoria esta disminución durante la adolescencia. En adolescentes se ha reportado una disminución del 7% en la realización de actividad física por cada año (Dumith, Gigante, Domingues & Kohl, 2011, p.695). Asimismo, la disminución de realizar actividad física es mayor en mujeres, que en hombres (Dumith, et al., 2011, p.695; INEGI, 2016, p.12). Es necesario, impulsar programas deportivos o de actividad física comunitarios y/o escolares para frenar la disminución de la actividad física en los adolescentes y aumentarla en las mujeres.

En nuestro estudio, no encontramos ninguna asociación significativa entre la realización de actividad física y las calificaciones obtenidas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adoles-

cencia. Estos resultados nos indican que la presencia o falta de actividad física no interviene o no afecta los riesgos encontrados en las 7 áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. En diversos estudios se ha sugerido que la realización de actividad física es un factor protector para la utilización de sustancias adictivas (Lisha & Sussman, 2010, p.399; Dunn, 2014, p.675; Lynch, et al., 2013, p.1623). En el caso del tabaquismo, diversas investigaciones encontraron un efecto protector de la actividad física y una disminución del uso de tabaco en forma de fumar cigarrillos (Castrucci, et al., 2004, p.63; Tercedor, et al., 2007, p.89; Ruiz, et al., 2008, p.75; Lisha & Sussman, 2010, p.399; Terry-McElrath & O'Malley, 2011, p.1855; Terry-McElrath, et al., 2011, p.530; Ruiz-Risueño, et al., 2012, p.212; Vaquero-Cristóbal, et al., 2013, p.132; Dunn, 2014, p.675; Ruiz-Risueño & Ruiz-Juan, 2015, p.121; Lesjak & Stanojević-Jerkovič, 2015, p.168; Tabak, et al., 2015, p.795; Álvaro, et al., 2016, p.13; Castro-Sánchez, et al., 2017, p.223). No obstante, en los estudios de Castrucci et al. (2004, p.63) y Terry-McElrath et al. (2011, p.530) encontraron una asociación positiva entre realizar deporte y el uso de tabaco masticado por los adolescentes. Estas diferencias entre fumar cigarrillos y masticar tabaco son debidas probablemente a la creencia de un mayor desempeño atlético al usar el tabaco masticado en vez de fumar tabaco (Dunn, 2014, p.682). Asimismo, esta asociación fue encontrada principalmente en deportes colectivos (Castrucci, et al., 2004, p.63; Terry-McElrath, et al., 2011, p.530). En contraste, el estudio realizado por Peltzer (2010, p.271) no encontró ninguna asociación entre tabaquismo y actividad física en adolescentes africanos. Un estudio reciente con deportistas brasileños encontró que el tabaquismo (fumar cigarrillos) se asociaba fuertemente con la práctica de las artes marciales, la lucha y capoeira (Bedendo & Noto, 2015, p.99).

El alcohol es una de las principales sustancia psicoactiva consumidas en el mundo (Gowing, et al., 2015, p.904). El consumo agudo o crónico de alcohol puede producir diferentes lesiones y enfermedades; entre las cuales pueden ser trastornos mentales y del comportamiento, daños gastrointestinales, cáncer de diferentes tipos, trastornos reproductivos y hasta efectos teratogénicos (Anderson, Gual & Colon, 2008, p.15). Diferentes técnicas a corto y a largo plazo se han implementado para disminuir el consumo de alcohol. Éstas incluyen terapia conductual y motivacional, medicamentos, acupuntura, entre otras (Anderson, et al., 2008, p.79). En lo que respecta al papel de la actividad física, una revisión sistemática encontró una mayor frecuencia y mayor cantidad del consumo de alcohol en las personas que practicaban deportes en comparación a los que no lo practicaban (Lisha & Sussman, 2010, p.399). Estudios más recientes no encontraron a la actividad física o deportiva como un factor de riesgo o factor protector para el consumo de alcohol en adolescentes de diferentes nacionalidades (Peltzer, 2010, p.271; Terry-McElrath & O'Malley, 2011, p.530; Dunn, 2014, p.675; Lesjak & Stanojević-Jerkovič, 2015, p.168; Tabak, et al., 2015, p.795; Bedendo & Noto, 2015, p.99; Álvaro, et al., 2016, p.13; Castro-Sánchez, et al., 2017, p.223). Al parecer, los efectos benéficos de la actividad física sobre el consumo de alcohol solo ha sido demostrado en un estudio con jóvenes americanos y otra investigación con jóvenes españoles (Terry-McElrath, et al., 2011, p.530; Ruiz-Risueño, et al., 2012, p.212). En este sentido, es recomendable que los padres y maestros en las escuelas realicen vigilancia en los adolescentes que practican deportes, para detectar el inicio o aumento del consumo de alcohol.

La marihuana o cannabis es la principal sustancia psicoactiva ilícita consumida a nivel mundial (Gowing, et al., 2015, p.904). Existe controversia con respecto a los efectos perjudiciales a corto y a largo plazo. Entre los efectos reportados están los daños a nivel cardiovascular, desordenes psicológicos y alteraciones de funciones cognitivas y psicomotoras (Jouanjus, Lapeyre-Mestre & Micallef, 2014, p.2). Por el contrario, se han encontrado diversos efectos benéficos de la marihuana o sus constituyentes en el tratamiento del dolor, las náuseas y la anorexia (Jouanjus, et al., 2014, p.2). En cuanto al binomio ejercicio físico-consumo de marihuana, un estudio reciente demostró que la actividad física fue un factor protector para el consumo de marihuana en mujeres adolescentes estadounidenses, pero no en hombres de la misma

nacionalidad (Dunn, 2014, p.675). Otros estudios realizados con jóvenes de Estados Unidos y de Polonia encontraron un efecto protector de la actividad física para un menor consumo de marihuana (Delisle, et al., 2010, p.134; Lisha & Sussman, 2010, p.399; Terry-McElrath & O'Malley, 2011, p.1855; Terry-McElrath, et al., 2011, p.530; Tabak, et al., 2015, p.795). Por lo contrario, otra investigación no demostró relación alguna entre la realización de actividad física y el consumo de marihuana en adolescentes eslovenos (Lesjak & Stanojević-Jerkovič, 2015, p.168). Finalmente, es necesario realizar estudios longitudinales para elucidar el papel real de la actividad física como un factor protector o de riesgo para la utilización de sustancias adictivas en adolescentes y adultos jóvenes universitarios.

Realización de actividades recreativas y calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia

Existen reportes que muestran que la realización de actividades de ocio o recreativas en adolescentes produce un bienestar psicológico, mejora el rendimiento académico y la propia identidad en el adolescente (Trainor, et al., 2010, p.173). En este mismo sentido, la disminución de actividades recreativas por parte de los adolescentes se asocia con un sentimiento de malestar psicológico y el uso de sustancias adictivas (Trainor, et al., 2010, p.173). Algunos autores mencionan que el aburrimiento, el tiempo libre no utilizado, y la falta de actividades recreativas en la comunidad por parte de los adolescentes son factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Alhyas, et al., 2015, p.1; Trainor, et al., 2010, p.173). Así, en nuestro estudio, solo un 37.6% de los participantes mencionaron realizar actividades recreativas de manera cotidiana y organizada. Igualmente, se encontró que los hombres mencionaron realizar más actividades recreativas en comparación con las mujeres (Odds Ratio =1.85; $p < .05$; Tabla 2).

Encontramos una relación protectora significativa entre la realización de actividades recreativas y riesgo en el área «relaciones familiares» (Odds Ratio =0.54; $p < .05$; Tabla 5) del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. Esto significa que la realización de actividades recreativas es un factor protector para los riesgos que pudieran presentarse en las fallas o problemas en las relaciones familiares, y que puede conducir a la utilización de sustancias psicoactivas. Nuestros resultados apoyan los resultados obtenidos de la revisión sistemática realizada en Cochrane, en la cual existe una relación entre programas de actividades recreativas y la aplicación de la disciplina familiar, el manejo de emociones fuertes, una comunicación familiar eficaz y menor uso de sustancias psicoactivas (Gates, McCambridge, Smith & Foxcroft, 2006, p.2).

En el presente estudio no encontramos alguna relación significativa entre la realización de actividades recreativas y las otras seis áreas restantes ni con la calificación final del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Schaub et al. (2010, p.378), en donde no encontraron una relación significativa entre la realización de actividades recreativas y la iniciación o progresión en el consumo de marihuana. No obstante, estos autores si encontraron como factor de riesgo para la adicción, al tipo de «persona» con quien realizan las actividades recreativas (amigo, novio, o compañero de la escuela) (Schaub, et al., 2010, p.378).

Relación entre las calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia y datos sociodemográficos y antecedentes familiares de los estudiantes

En nuestro estudio encontramos que el sexo masculino incrementa los riesgos de adicciones en las áreas «uso y abuso de sustancias», «interés laboral», «conducta agresiva» y la calificación total del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. Nuestros resultados concuerdan con los hallazgos que han reportado que el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, en general, son más frecuentes entre los hombres (Gowing, et al., 2015, p.904). Por ejemplo, la prevalencia global del consumo de alcohol es de 43.5%, siendo de 55.5% en hombres y 32.0% en mujeres. Asimismo, la prevalencia global

de tabaquismo es de 22.5%, siendo de 32.0% en hombres y de 7.0% en mujeres. En contraste, nosotros encontramos que el sexo masculino disminuye los riesgos en 3 áreas (tabla 6). La participación real del sexo en esta última discrepancia necesita ser evaluada con mayor detalle en estudios futuros.

En nuestro estudio encontramos que el nivel socioeconómico medio alto y alto, incrementa los riesgos en 2 áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia, pero no así en las 5 áreas restantes ni en la calificación total (tabla 7). En este caso, estudios recientes con adolescentes muestran la importancia del nivel socioeconómico como apoyo para la movilidad social, nivel educativo, competencias laborales o personales, resiliencia, apoyo y/o vigilancia familiar, y una disminución en el inicio o mantenimiento del uso de sustancias psicoactivas (Mulye, et al., 2009, p.8; Jackson, Henderson, Frank & Haw, 2012, p.131).

Entre los diversos factores de riesgo ambientales para el uso de sustancias adictivas, se encuentran la convivencia con amigos que usan sustancias, disminución de supervisión por parte de los padres, disponibilidad de drogas, convivencia con un miembro de la familia que utiliza drogas y los problemas y conductas agresivas familiares (Catalano, et al., 2011, p.37; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2003, p.6). En concordancia con estos factores, nosotros encontramos que el antecedente de un familiar directo con alcoholismo y tabaquismo incrementa los riesgos en algunas de las áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. Es probable que la falta de relación entre el antecedente de un familiar con drogadicción y las calificaciones del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia, sea debido a lo pequeño de la población con este antecedente (n=13).

Conclusión

En conclusión, encontramos factores de riesgo en los estudiantes universitarios en diferentes áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. Siendo más importante la presencia de banderas rojas o de alertas. En general, la realización de actividad física ni incrementa ni disminuye los factores de riesgos encontrados de las diferentes áreas del Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia. Asimismo, las actividades recreativas en general no interfieren con los riesgos; aunque si encontramos que las actividades de recreación disminuyeron los riesgos encontrados en el área de «relaciones familiares».

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo otorgado por Lorena Y. Varela en la realización de la presente investigación.

Referencias

Adolescent Health Committee [AHC]. (2003). Age limits and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 8(9), 577-578.

Anderson, P., Gual, A. & Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS.

Alhyas, L., Al Ozaibi, N., Elarabi, H., El-Kashef, A., Wanigaratne, S., Almarzouqi A., Ghaferi, H. (2015). Adolescents' perception of substance use and factors influencing its use: a qualitative study in Abu Dhabi. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 6(2), 2054270414567167. DOI: 10.1177/2054270414567167.

Álvaro González, J.I., Zurita Ortega, F., Viciano Garófano, V., Martínez Martínez, A., García Sánchez, S. & Estévez Díaz, M. (2016). Actividad física de adolescentes: implicación de sustancias nocivas, modalidad practicada y familia. *Psicología Escolar e Educativa*, 20(1), 13-22.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Washing-

ton, DC: American Psychiatric Association.

Andrade Palos, P., Pérez de la Barrera, C., Alfaro Martínez, L.B., Sánchez Oviedo, M.E. & López Montes de Oca, A. (2009). Resistance to peer and partner pressure and tobacco and alcohol use among adolescents. *Adicciones*, 21(3), 243-250.

Barajas Pineda, L.T., del Río Valdivia, J.E., Andrade Sánchez, A.I., Flores Moreno, P.J., Salazar C., C.M. & Ramos Carranza, I.G. (2017). Aptitud física en jóvenes mexicanos consumidores de marihuana y/o alcohol y su comparación con jóvenes no consumidores. *Acta Universitaria*, 27(2), 39-45.

Bedendo, A. & Noto, A.R. (2015). Sports practices related to alcohol and tobacco use among high school students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 99-105.

Bertini, M.C., Busaniche, J., Baquero, F., Eymann, A., Krauss, M., Paz, M. & Catsicaris, C. (2015). Transcultural adaptation and validation of the CRAFFT as a screening test for problematic alcohol and substance use, abuse and dependence in a group of Argentine adolescents. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(2), 114-118. DOI: 10.5546/aap.2015.114.

Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., Chacón-Cuberos, R., Espejo-Garcés, T., Martínez-Martínez, A. & Pérez-Cortés, A. J. (2017). Sustancias nocivas y actividad física en adolescentes. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 3(2), 223-240.

Castrucci, B.C., Gerlach, K.K., Kaufman, N.J. & Orleans, C.T. (2004). Tobacco use and cessation behavior among adolescents participating in organized sports. *American Journal of Health Behavior*, 28(1), 63-71.

Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Hawkins, J.D. & Elgin, J. (2011). *Prevention of substance use and substance use disorders: role of risk and protective factors*. In: Kaminer, Y. y Winters, K.C. eds., *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Collingwood, T.R., Sunderlin, J., Reynolds, R. & Kohl, H.W. 3rd. (2000). Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. *Journal of Drug Education*, 30(4), 435-451. DOI: 10.2190/RVUE-9XW7-TYRQ-EJR8.

Delisle, T.T., Werch, C.E., Wong, A.H., Bian, H. & Weiler, R. (2010). Relationship between frequency and intensity of physical activity and health behaviors of adolescents. *The Journal of School Health*, 80(3), 134-140.

Dembo, R., Schmeidler, J., Borden, P., Turner, G., Sue, C.C. & Manning, D. (1996). Examination of the reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) among arrested youths entering a juvenile assessment center. *Substance Use y Misuse*, 31(7), 785-824.

Dumith, S.C., Gigante, D.P., Domingues, M.R. & Kohl, H.W. 3rd. (2011). Physical activity change during adolescence: a systematic review and a pooled analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 685-698. DOI: 10.1093/ije/dyq272.

Dunn, M.S. (2014). Association between physical activity and substance use behaviors among high school students participating in the 2009 Youth Risk Behavior Survey. *Psychological Reports*, 114(3), 675-685. DOI: 10.2466/18.06.PR0.114k28w7.

Fallahpour, M., Borell, L., Luborsky, M. & Nygård, L. (2016). Leisure-activity participation to prevent later-life cognitive decline: a systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3): 162-197. DOI: 10.3109/11038128.2015.1102320.

Gates, S., McCambridge, J., Smith, L.A. & Foxcroft, D.R. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1, CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2.

Gowing, L.R., Ali, R.L., Allsop, S., Marsden, J., Turf, E.E., West, R...Witton, J. (2015). Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*, 110(6), 904-919. DOI: 10.1111/add.12899.

Instituto Nacional de Estadística e Historia (INEGI). (2016). *Módulo*

- de *Práctica Deportiva y Ejercicio Físico 2015 MOPRADEF*. Documento metodológico. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825078898>
- Jackson, C.A., Henderson, M., Frank, J.W. & Haw, S.J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34(Suppl 1), i31-i40. DOI: 10.1093/pubmed/fdr113.
- Jouanjus, E., Lapeyre-Mestre, M., & Micallef, J. (2014). Cannabis use: signal of increasing risk of serious cardiovascular disorders. *Journal of the American Heart Association*, 3(2), e000638. DOI: 10.1161/JAHA.113.000638.
- Kyle, T.L., Hernández Mendo, A., Reigal Garrido, R.E. & Morales Sánchez, V. (2016). Efectos de la actividad física en el autoconcepto y la autoeficacia en preadolescentes. *Retos*, 29, 61-65.
- Knight, J.R., Goodman, E., Pulerwitz, T. & DuRant, R.H. (2001). Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *Journal of Adolescence Health*, 29(2), 125-130.
- Lesjak, V. & Stanojević-Jerkovič, O. (2015). Physical Activity, Sedentary Behavior and Substance Use among Adolescents in Slovenian Urban Area. *Zdravstveno varstvo*, 54(3), 168-174. DOI: 10.1515/sjph-2015-0024.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Gonzalez, A., Henderson, C.E., Dakof, G.A. & Greenbaum, P.E. (2006). Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl 1), 102-112. DOI: 10.1080/10550490601003698.
- Lisha, N.E. & Sussman, S. (2010). Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: a review. *Addictive Behaviors*, 35(5), 399-407. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.12.032.
- Lynch, W.J., Peterson, A.B., Sanchez, V., Abel, J. & Smith, M.A. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: a neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1622-1644. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.06.011.
- Mariño, M., González, C., Andrade, P. & Medina, M. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21, 27-36.
- Mesic, S., Ramadani, S., Zunic, L., Skopljak, A., Pasagic, A. & Masic, I. (2013). Frequency of substance abuse among adolescents. *Materia Socio Medica*, 25(4), 265-269. DOI: 10.5455/msm.2013.25.265-269. DOI: 10.5455/msm.2013.25.265-269.
- Mooney, L.J., Cooper, C., London, E.D., Chudzynski, J., Dolezal, B., Dickerson, D., Brecht, M.L., Rawson, R.A. (2014). Exercise for methamphetamine dependence: rationale, design, and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 37(1), 139-147. doi: 10.1016/j.cct.2013.11.010. Epub 2013 Nov 28
- Mulye, T.P., Park, M.J., Nelson, C.D., Adams, S.H., Irwin, C.E. Jr. & Brindis, C.D. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 8-24. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.013
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. Second Edition. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- Peltzer, K. (2010). Leisure time physical activity and sedentary behavior and substance use among in-school adolescents in eight African countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 271-278. DOI: 10.1007/s12529-009-9073-1.
- Rahdert, E.R. (1991). *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=ED340960>
- Razali, M.M. & Kliewer, W. (2015). Risk and protective factors for recreational and hard drug use among Malaysian adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 50, 149-156. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.06.022.
- Romero Barquero, C.E. (2015). Meta-análisis del efecto de la actividad física en el desarrollo de la resiliencia. *Retos*, 28, 98-103.
- Ruiz Juan, F., de la Cruz Sánchez, E., Ruiz-Risueño Abad, J. & García Montes, M.E. (2008). Patrones de tabaquismo en jóvenes y práctica de actividad físico-deportiva durante el tiempo libre. *Retos*, 14, 75-79.
- Ruiz-Risueño Abad, J., Ruiz-Juan, F. & Zamarripa Rivera, J. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 211-220.
- Ruiz-Risueño Abad, A.J. & Ruiz-Juan, F. (2015). Actividad físico-deportiva y contexto familiar: variables predictoras de consumo de tabaco entre adolescentes Españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(1), 121-131.
- Schaub, M., Gmel, G., Annaheim, B., Mueller, M. & Schwappach, D. (2010). Leisure time activities that predict initiation, progression and reduction of cannabis use: a prospective, population-based panel survey. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 378-384. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00156.x.
- Tabak, I., Mazur, J., & Zawadzka, D. (2015). Physical activity as a factor protecting teenage boys from tobacco and marijuana use. *Przegląd epidemiologiczny*, 69(4), 795-800.
- Tercedor, P., Martín-Matillas, M., Chillón, P., Pérez López, I.J., Ortega, F.B., Wäimberg, J., Ruiz, J.R.,... Grupo AVENA. (2007). Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio AVENA. *Nutrición Hospitalaria*, 22(1), 89-94.
- Terry-McElrath, Y.M. & O'Malley, P.M. (2011). Substance use and exercise participation among young adults: parallel trajectories in a national cohort-sequential study. *Addiction*, 106(10), 1855-1865. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03489.x
- Terry-McElrath, Y.M., O'Malley, P.M. & Johnston, L.D. (2011). Exercise and substance use among American youth, 1991-2009. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 530-540. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.12.021
- Trainor, S., Delfabbro, P., Anderson, S. & Winefield, A. (2010). Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence*, 33(1), 173-186. DOI: 10.1016/j.jad.2009.03.013.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2013). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación*. Montreal, Quebec, Canadá: UNESCO. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002207/220782s.pdf>
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (2017). Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/>
- Valois, R.F., Zullig, K.J., Huebner, E.S. & Drane, J.W. (2004). Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *Journal of School Health*, 74(2), 59-65.
- Vaquero-Cristóbal, R., Isorna, M., & Ruiz, C. (2013). State of tobacco consumption and its relationship to physical sports practice in Spain. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 131-148.
- Villatoro-Velázquez, J.A., Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Medina-Mora, M.E. (2014). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014*. Reporte de Drogas. México DF, México: INPRFM. 2014.
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders—Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://eciemaps.mssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.htm#search=F10,index=search&id=1509148609&historyIndex=2
- World Health Organization (WHO). (1986). *Young people's health—a*

challenge for society Report of a Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000. Technical Report Series, No 731. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf

World Health Organization (WHO). (2004). *Resolution WHA57.17. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. In: Fiftyseventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004.

Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>

World Health Organization (WHO). (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

Anexo

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA

INSTRUCCIONES

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la prevalencia de los factores de riesgo en los alumnos del Instituto de Ciencias de la Salud en cuanto al tema de Adicciones. Al contestarlo, se da por entendido que usted está dando su consentimiento y acepta participar voluntariamente en el presente estudio.

Este, como parte de un protocolo de investigación, no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado y honestidad.

¡TODAS LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES!!

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

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

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

¡GRACIAS!

1. ¿Eres arrogante?	SI	NO
2. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas en la escuela?	SI	NO
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	SI	NO
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?	SI	NO
5. ¿Te cansas con frecuencia?	SI	NO
6. ¿Te asustas con facilidad?	SI	NO
7. ¿Tienes menos energía de la que crees deberías tener?	SI	NO
8. ¿Te sientes frustrado con facilidad?	SI	NO
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?	SI	NO
10. ¿Te sientes solo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?	SI	NO
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	SI	NO
13. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	SI	NO
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?	SI	NO
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	SI	NO
16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?	SI	NO
17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	SI	NO
18. ¿Tienes buena ortografía?	SI	NO
19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	SI	NO
20. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?	SI	NO
21. ¿Sueles perder actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas dinero en drogas o bebidas alcohólicas?.....	SI	NO
22. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?	SI	NO
23. ¿Te sientes nervioso(a) la mayor parte de tiempo?	SI	NO
24. ¿Has robado alguna vez?	SI	NO
25. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	SI	NO
26. ¿Sabes leer bien?	SI	NO
27. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo o labor con frecuencia?	SI	NO
28. ¿Sientes que la gente está en contra tuya?	SI	NO
29. ¿Levan tus amigos drogas a las fiestas?	SI	NO
30. ¿Pelears a menudo o muchas veces?	SI	NO
31. ¿Tienes mal genio?	SI	NO
32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?	SI	NO
33. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	SI	NO
34. ¿Te dice la gente que eres descuidado?	SI	NO
35. ¿Eres testarudo?	SI	NO
36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	SI	NO
37. ¿Has amenazado a alguien alguna vez con un arma?	SI	NO
38. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	SI	NO
39. ¿Sabes realmente tus padres o tutores cómo piensas o te sientes?	SI	NO
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	SI	NO
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	SI	NO
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	SI	NO
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?	SI	NO
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	SI	NO
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?	SI	NO
46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	SI	NO
47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	SI	NO
48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	SI	NO
49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?	SI	NO
50. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	SI	NO
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	SI	NO
52. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar o estar contigo?	SI	NO
53. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?	SI	NO
54. ¿El uso del alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	SI	NO
55. ¿Te sientes triste la mayor parte de tiempo?	SI	NO
56. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas	SI	NO
57. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	SI	NO
58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	SI	NO
59. ¿Molestas mucho a tus amigos?	SI	NO
60. ¿Tienes dificultades para dormir?	SI	NO
61. ¿Tienes dificultades para hacer trabajos escritos?	SI	NO
62. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	SI	NO
63. ¿Sientes que a veces pierdes el control, de ti mismo (a) y terminas peleando?	SI	NO
64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	SI	NO
65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	SI	NO
66. ¿Tienes dificultades en seguir instrucciones?	SI	NO
67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?	SI	NO
68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de tomar bebidas alcohólicas o drogas?	SI	NO
69. ¿Tienes buena memoria?	SI	NO
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	SI	NO
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar?	SI	NO
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar actividades?	SI	NO
73. ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	SI	NO
74. ¿Te hace la escuela sentirte estúpido a veces?	SI	NO
75. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	SI	NO
76. ¿Te da miedo estar con la gente?	SI	NO
77. ¿Tienes amigos que han robado?	SI	NO
78. ¿Has reprobado algún año o semestre en la escuela?	SI	NO
79. ¿Es difícil la escuela para tí?	SI	NO
80. ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	SI	NO
81. ¿Gritas mucho?	SI	NO