

83



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

Facultad de Psicología

0294058

**ADAPTACION DE UN INSTRUMENTO DE
TAMIZAJE PARA POBLACION MEXICANA
QUE CONSUME DROGAS**

T E S I S

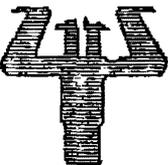
**Que para obtener el grado de
Licenciado en Psicología**

Presentan:

Ma. Eugenia de las Fuentes Vargas

Jessica Villalpando Uribe

**Director: Mtro. Fernando Vázquez Pineda
Revisor: Lic. Leticia Echeverría San Vicente**



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

México, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Con amor a mis padres ,a mis hermanos, a mi abuelita
a Lalo y Bam – Bam, por estar conmigo siempre y gozar
éste momento tanto como yo. Los quiero.*

*Jessica, gracias por pasar éste tiempo conmigo,
escuchando mis pensamientos y deseos, dándome valor,
regalándome confianza, compartiendo conocimiento,
viviendo alegrías y tristezas. Pero lo más importante,
por querer seguir a mi lado.*

*Mario, gracias por todo, hoy sabemos
que el tiempo invertido valió la pena.*

*A mis maestros, pues de una u otra manera
me ayudaron a lograr esto.*

*... Cada uno de ustedes es especial,
cada uno ha compartido una parte de mi vida,
cada uno sabe cuánto lo quiero por que
hemos compartido palabras, acciones y
detalles que lo dicen.*

A mis padres, Blanca Lilia Uribe y Francisco Javier Villalpando, porque éste es uno de los primeros frutos de lo que han sembrado con todo su amor y apoyo. Los quiero mucho.

A mis abuelos, Antonia Díaz y Arnulfo Uribe, por ser los ángeles que siempre me han ayudado a alcanzar mis sueños.

A mi hermano Francisco Javier, por que su alegría de vivir me impulsó a conseguir ésta meta.

Maru, te agradezco infinitamente que hayas sido mi compañera en éste camino, con tu ayuda e incomparable amistad todo fue más fácil.

A mis tías, Vicky, Rosy, Vero y Betty, por su ejemplo de superación y el apoyo incondicional. Con mucho cariño, gracias.

A Larissa Guzmán, Francisco Montes, Eiji Fukushima, Juan Yáñez, Karla Avilés, Karla Cornejo y Raúl Cruz, por ayudarme a sonreír y seguir adelante en momentos difíciles. Gracias amigos.

Mtro. Julio Espinosa, gracias por enseñarme que la verdadera amistad trasciende generaciones.

"SI LO PUEDES SOÑAR, LO PUEDES LOGRAR"

A la UNAM, porque el pertenecer a ésta máxima casa de estudios, nos ha llevado a ser lo que ahora somos y nos inspira a continuar.

Dr. Héctor Ayala, gracias por brindarnos la oportunidad de formar parte de un gran equipo de trabajo.

Mtro. Fernando Vázquez, por tu enseñanza, paciencia, apoyo y todos los momentos de alegría en éste proyecto. Muchas gracias.

Mtro. Julio Espinosa, gracias por habernos conducido al camino del conocimiento desde hace algunos años; por tu paciencia, apoyo y buen humor durante este largo proceso.

Lic. Leticia Echeverría, por permitir que nuestra formación creciera al acercarnos a los escenarios reales.

Mtro. Roberto Oropeza, agradecemos tu confianza para hacernos partícipes de tu investigación y ser una guía en éste proyecto.

Dra. Dolores Mercado, Mtro. Samuel Jurado, Lic. Gerardo Hernández y Lic. Marcos Verdejo, gracias por su valiosa aportación en éste trabajo.

A todo el equipo de adicciones por su apoyo y por las amistades que a partir de ahí surgieron.

A Lerrisa, Cuautli, Alejandro, Fabiana, Elena, Patricia y José Alberto, por demostrarnos que el apoyo de una amistad sincera es un motor para alcanzar metas.

Agradecemos a las instituciones:

*Centro de Servicios Psicológicos, Facultad de Psicología
Centro Toxicológico Jóvenes por la Salud
Grupo Oceanía de Drogadictos Anónimos
Hogar Integral de Juventud
Juventud Luz y Esperanza
Grupo Alfa de Alcohólicos Anónimos
Grupo Chapultepec de Alcohólicos Anónimos
Grupo Nueva Era de Drogadictos Anónimos
Grupo Ajusco de Drogadictos Anónimos
Grupo Villa Coapa de Alcohólicos Anónimos*

Por que sin su participación no hubiese sido posible el presente trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ADICCIONES	2
1.1 Naturaleza de la Conducta Adictiva	2
1.2 Qué es droga	18
1.3 Patrones de Consumo y Criterios de Diagnóstico	25
1.4 Problemas Asociados al Consumo de Drogas	36
CAPÍTULO II: EPIDEMIOLOGÍA	41
2.1 Datos Epidemiológicos	43
CAPÍTULO III: DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST – 20)	65
3.1 Importancia de la Medición en Adicciones	65
3.2 Sustento Teórico y Descripción	73
3.3 Sustentos Psicométricos	78
METODO	84
RESULTADOS	91
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	105
REFERENCIAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Al tocar un tema tan complejo como el de las adicciones, es importante abordar los puntos principales que requieren el estudio de éste desde el punto de vista de la Psicología (una base teórica, patrones de consumo, factores asociados al consumo, criterios de diagnóstico, entre otros). El presente trabajo tiene como objetivo adaptar un cuestionario de abuso de drogas (Drug Abuse Screening Test DAST 20, Skinner, 1982) en población mexicana, debido a que se necesita investigación acerca de instrumentos de diagnóstico, ya que hay un número reducido de ellos y no permiten intervenir en ciertos aspectos psicológicos tales como la percepción de problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas. Por lo tanto, un punto fundamental del trabajo es determinar en qué medida este instrumento es una alternativa satisfactoria como elemento de diagnóstico.

Un diagnóstico acertado es útil en el desarrollo de tratamientos eficaces, lo cual es muy importante ya que la población mexicana de consumidores de sustancias adictivas se ha incrementado significativamente en los últimos años, reflejando que el consumo de sustancias es un problema de salud pública. Dentro de este aspecto, se encuentra que la mayoría de los programas de atención se enfoca más a estados crónicos de adicción, que a un consumo moderado, mostrando así un déficit en la investigación de este tipo, investigación que comprende el desarrollo de instrumentos válidos y confiables que permitan una adecuada valoración del consumo, de los cuales, por lo tanto, se carece.

Cabe mencionar que la mayoría de las intervenciones enfocadas a la conducta adictiva son genéricas y no se enfocan en dimensiones específicas; el diagnóstico usualmente lo hacen basándose sólo en la entrevista. Un instrumento de diagnóstico más fino, como es el DAST 20, al evaluar la percepción de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas permite dirigir el tratamiento de una manera más fina, hacia determinadas características. Es importante mencionar que este tipo de instrumentos deben de complementarse siempre con otros métodos diagnósticos, fundamentalmente con la entrevista.

CAPÍTULO I
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE
LAS ADICCIONES

I CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ADICCIONES

Para aproximarse al fenómeno de las adicciones, es necesario comenzar con una descripción teórica de la conducta adictiva, que comprenda una comparación entre diversos modelos que han tratado de explicarla, destacando el papel que desempeña la Teoría del Aprendizaje Social; una descripción de las etapas por las que pasa el individuo que consume sustancias adictivas para lograr un cambio en su consumo, así como los factores culturales que influyen en el desarrollo de esta conducta. Después de entender la conducta adictiva y sus implicaciones, se revisará la definición de "droga" y la clasificación de los diferentes tipos que de ella existen. Posteriormente, se revisarán las definiciones de términos frecuentemente utilizados en el área de las adicciones, como son: uso, abuso y dependencia. Por último, se mencionarán los problemas más comúnmente asociados al consumo de drogas, tomando en cuenta el aspecto individual, familiar y social.

1.1 NATURALEZA DE LA CONDUCTA ADICTIVA

Como ya se mencionó, el estudio de las adicciones exhibe una complejidad que puede abordarse desde diversas disciplinas. Una de ellas, y la de interés en este estudio, es la Psicología, la que, por definición, se dedica al estudio de la conducta humana; dentro de esta disciplina el estudio de las adicciones puede abordarse a través de diversas aproximaciones. Dependiendo de éstas, se desarrollan diferentes tipos de tratamientos, para los cuales es indispensable contar con elementos de diagnóstico válidos y confiables que permitan entender las características particulares de cada consumidor. Uno de los tratamientos que más considera el uso de este tipo de instrumentos es el tratamiento cognoscitivo – conductual, que toma como base la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1969, 1977, 1982, 1985; citado en Abrams y Niaura, 1987), de la cual a continuación se explican los sustentos básicos.

Teoría del Aprendizaje Social

Esta teoría la propone Bandura (1969, 1977, 1978, 1982, 1985; citado en Abrams y Niaura, 1987) con el fin de dar una explicación del comportamiento humano, rechazando la noción de que la conducta puede ser explicada solamente con relación a fuerzas motivacionales subyacentes o apelando sólo al condicionamiento respondiente, operante o a una teoría E – R

radical. Esto da la pauta para entender que en la conducta adictiva están implicados pto tipo de factores, como los cognoscitivos, que se deben explorar por medio de los procedimientos diagnósticos, tales como la entrevista y los instrumentos psicológicos.

Abrams y Niaura (1987) ofrecen una explicación del Modelo del Aprendizaje Social. Según estos autores, para esta teoría, la conducta es el resultado de la interacción entre factores personales, ambientales y conductuales, que son determinantes recíprocos de ésta. Lo anterior revela que la causalidad es, entonces, multidireccional entre estos factores. Se asume que las influencias relativas ejercidas por estos factores interdependientes difieren en diferentes escenarios y en diferentes conductas. Este modelo de funcionamiento causal recíproco se denomina *determinismo recíproco*. La conducta puede explicarse y estudiarse adecuadamente sólo si se observan variaciones simultáneas entre disposiciones personales, ambientes y conductas a lo largo del tiempo. Por lo tanto, se puede ver que la Teoría del Aprendizaje Social le da una especial importancia a los "factores personales" cognoscitivos —como mediadores— en la explicación del comportamiento y del aprendizaje, pues anteceden a la conducta.

Dentro de los factores cognoscitivos que menciona Bandura (1985; citado en Abrams y Niaura, 1987) se encuentran:

- **Capacidad de simbolización:** Se refiere a la capacidad que tienen los individuos de desarrollar modelos cognoscitivos internos de la experiencia, que sirven como guía para la toma de decisiones y acciones futuras. La *simbolización* permite al individuo planear cursos de acción, así como generar y probar alternativas. La capacidad de *pensamiento anticipado* se refiere a la capacidad para prever las consecuencias de las acciones y para establecer metas. De esta manera, las representaciones cognoscitivas de eventos futuros tendrán un mayor impacto causal en las acciones actuales. Una buena toma de decisiones y una patrón conductual efectivo son el resultado de la capacidad de hacer una evaluación adecuada de las demandas ambientales, saber las ventajas y limitaciones del repertorio personal de las estrategias de enfrentamiento, y balancear tanto las consecuencias positivas como las negativas a corto y a largo plazo de las metas planeadas. Los factores cognoscitivos juegan un rol importante en la *demora de la gratificación* del abuso de sustancias. Por ejemplo, las propiedades del alcohol de reducción inmediata de tensión tienden a ser más valoradas que las consecuencias negativas a largo plazo.
- **Aprendizaje vicario:** Asume que el aprendizaje ocurre por la observación de la conducta de otra persona y sus consecuencias. Los individuos no llevan a cabo todo lo que aprenden. Primero deben poner atención al modelo y recordarlo; después los procesos simbólicos

deben convertirse en la acción. Los incentivos (consecuencias positivas o negativas observadas en el modelo) para reproducir la conducta determinan si el sujeto realizará la conducta modelada.

- **Capacidad de autorregulación:** Se refiere a la capacidad para regular la conducta a través de estándares internos y reacciones autoevaluativas. Si existe una discrepancia entre los estándares internos y las conductas, los individuos estarán motivados a cambiar los estándares, las conductas o ambos.
- **Determinismo recíproco:** Considera que los individuos son agentes activos en la determinación de su propio destino.

Esta teoría otorga una importancia central a los mecanismos de autoeficacia para explicar cómo el pensamiento afecta la acción y cómo el individuo elige sus patrones de conducta (Bandura, 1977, 1982; citado en Abrams y Niaura, 1987).

La *autoeficacia* se refiere a una percepción o juicio de la propia capacidad para llevar a cabo un curso de acción particular que luche contra una situación difícil. Las *expectativas de eficacia* llevan a la postura de que un individuo tiene un manejo suficiente de las habilidades requeridas para enfrentar una situación específica. Los *juicios de eficacia* influyen en la elección de las acciones, la perseverancia en un curso de acción, las atribuciones para éxito o fracaso, el esfuerzo realizado, la calidad y fuerza de reacciones emocionales durante la anticipación de un evento y la ejecución durante la situación actual. Influyen directamente en la preparación de las estrategias de aprendizaje así como en la capacidad de uno mismo de sobrepasar los fracasos (Abrams y Niaura, 1987).

De aquí se desprende una explicación sobre la conducta adictiva, donde las creencias de eficacia, al influir en los esfuerzos de enfrentamiento de una situación aversiva, actuarán sobre el desarrollo y mantenimiento del abuso y dependencia a las drogas. Debido a lo anterior, ahora se verá la explicación que ofrece la Teoría del Aprendizaje Social sobre la conducta adictiva en específico.

La Teoría del Aprendizaje Social y la Conducta Adictiva

Antes de entrar de lleno a la Teoría del Aprendizaje Social, es necesario comenzar con una descripción de diferentes modelos que explican la adicción a las sustancias, para entonces poder

hacer una comparación y destacar las ventajas que esta teoría psicológica ofrece para desarrollar intervenciones diferentes enfocadas a la conducta adictiva, las que incluyen el uso de instrumentos de diagnóstico específicos.

La Teoría del Aprendizaje Social difiere de las teorías tradicionales de las adicciones en que éstas últimas se centran tanto en un modelo de enfermedad médica que enfatiza las propiedades farmacológicas y fisiológicas del alcohol y sus efectos (Collins y Marlatt, 1983; citado en Abrams y Niaura, 1987), como en factores meramente ambientales; mientras que la primera da un papel primordial a los factores personales y ambientales que están involucrados en el proceso de aprendizaje que lleva a cabo todo ser humano.

Miller y Hester (1995) mencionan que, según el Modelo Americano de Enfermedad, el alcoholismo se considera como una condición única y progresiva, que atraviesa por diferentes etapas degenerativas, cualitativamente diferente de la normalidad. Los alcohólicos poseen una condición distinta al resto de las personas, que los hace incapaces de moderar o controlar su consumo. Los síntomas centrales considerados desde este punto de vista son: la pérdida de control sobre el alcohol y la incapacidad para dejar de beber una vez que se ha empezado a hacerlo. Se entiende el alcoholismo como una enfermedad irreversible que no puede ser curada. De la misma manera, dentro de este modelo, en lo referente al consumo de sustancias psicoactivas, una definición ampliamente utilizada es la de farmacodependencia, que es definida por Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) como *"estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por:*

1. *Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.*
2. *Tendencia a incrementar la dosis.*
3. *Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.*
4. *Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.*

Definición que se relaciona con el Modelo Médico, porque no toma en cuenta ninguno de los fenómenos psicológicos (aprendizaje vicario, cognición, déficits conductuales, entre otros) por los cuales se puede entender el desarrollo de la adicción a alguna sustancia; lo que refleja la importancia que este modelo le da a los aspectos fisiológicos del consumo de sustancias psicoactivas.

En el Modelo de Abstinencia (Miller y Hester, 1995), el alcohol es visto como una droga sumamente peligrosa y dañina, la cual nadie puede usar de forma segura o moderada. Así, se

dice que la causa de los problemas del alcohol es el alcohol mismo. Una aproximación para la solución del problema es exhortar a los individuos a practicar la abstinencia.

El Modelo Educativo (Miller y Hester, 1995) es una herramienta para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. El tratamiento frecuentemente incluye una serie de lecturas y videos. Para este modelo, los problemas relacionados con el alcohol se deben a déficits en el conocimiento debidos a una falta de información precisa sobre el consumo de éste. Cuando las personas cuentan con el conocimiento adecuado, se piensa que tendrán menos probabilidad de usar alcohol u otras drogas y, por tanto, sufrir las consecuencias relacionadas con el consumo. Algunas aproximaciones educativas han incluido un componente afectivo para promover la motivación al cambio o para evitar el abuso del alcohol u otras sustancias.

El Modelo Caracterológico (Miller y Hester, 1995) enfatiza que las raíces del alcoholismo están en las anomalías de la personalidad. Para los psicoanalistas esto representa una fijación temprana del desarrollo psicológico normal, involucrando severos conflictos no resueltos relacionados con la dependencia. Otra hipótesis psicodinámica considera al alcoholismo como el surgimiento de una homosexualidad latente, baja autoestima, conflictos de roles sexuales, o un manejo de poder y control por personas que se sienten impotentes. El concepto central es que los alcohólicos son personas con tipo de personalidad específica y que la solución del alcoholismo requiere una reestructuración de la personalidad.

Los Modelos de Condicionamiento enfatizan el rol del aprendizaje de la conducta de beber y el deseo de consumo. Puntos de vista recientes apuntan al rol del condicionamiento clásico en la tolerancia a las drogas. El condicionamiento operante de Skinner encaja con el hecho de que beber lleva consigo consecuencias, las cuales continúan o incrementan el consumo al ser placenteras para el individuo. La premisa del Modelo de Condicionamiento es que el consumo excesivo de alcohol u otras drogas es un hábito aprendido. De esta manera, se puede ayudar al individuo a reaprender patrones de conducta (Miller y Hester, 1995).

El Modelo Biológico (Miller y Hester, 1995) pone énfasis en procesos genéticos y fisiológicos como causas del alcoholismo. También se ha dado importancia a los factores hereditarios de riesgo así como la existencia de condiciones biológicas únicas que predisponen a algunos individuos al alcoholismo. Este enfoque toma como base la farmacología del alcohol como factor único para explicar cómo la conducta de beber puede llegar al alcoholismo, sin tomar en cuenta factores tan importantes, como son los personales y ambientales. La farmacología de las adicciones representa en sí mismo un modelo biológico, cuando se utiliza para explicar el abuso del alcohol u otras drogas.

El Modelo General de los Sistemas (Miller y Hester, 1995), toma a la conducta individual como una parte inherente de un sistema social más amplio. Las acciones de las personas no pueden ser comprendidas sin considerar su relación con otros miembros y niveles de los sistemas en los cuales se desarrolla la persona (familiar, social, escolar, laboral, etc.). Un Modelo General de los Sistemas sostiene que un sistema tiende a mantener un estatus de equilibrio y una resistencia al cambio. Trabajar únicamente con el individuo, por tanto, se considera una visión limitada. Por ejemplo, lo que parece ser un problema de alcohol en un individuo es, de hecho, una disfunción de un sistema más amplio del cual forma parte ese individuo.

El Modelo Sociocultural (Miller y Hester, 1995), toma en cuenta el rol de la sociedad y la cultura dentro de los patrones de la conducta adictiva y sus problemas relacionados. Por ejemplo, el nivel per cápita de consumo de alcohol en una sociedad está influenciado por la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. A mayor disponibilidad, mayor consumo. Otros factores culturales que se consideran son el estrés social o la alienación, las actitudes hacia el alcohol y la importancia simbólica o funcional del alcohol dentro de la sociedad.

El Modelo de Salud Pública (Miller y Hester, 1995), ofrece un punto de vista integrador. Los profesionales de la Salud Pública consideran tres tipos de factores causales en la comprensión e intervención de cualquier enfermedad. Uno de ellos es el *agente*, que frecuentemente es un germen, pero en este caso se refiere al alcohol etílico. El agente por sí mismo contiene cierto potencial destructivo. El modelo también le da la importancia a los *factores huésped*, que se refieren a las diferencias individuales que influyen en la susceptibilidad a la condición. Se puede pensar en factores de riesgo personales que incrementan o decrecientan la susceptibilidad de las personas a la enfermedad. El tercer factor es el *ambiente*. En lo que se refiere a enfermedades infecciosas, se debe poner atención a la condición del agua, a insectos o a otros medios por los cuales el agente se dispersa a nuevos huéspedes. En lo que se refiere al alcoholismo, el énfasis se hace en aquellos aspectos del ambiente que promueven el uso y el abuso del alcohol.

Con lo revisado hasta el momento, es posible señalar que los Modelos de Enfermedad o Biológicos no permiten que las adicciones sean tratadas por profesionistas no médicos, al tomar en cuenta solamente aspectos fisiológicos. Además imponen limitantes en la comprensión de la conducta adictiva. Por ejemplo, en un inicio, debido a las nociones sobre especificidad biológica / genética, el Modelo de Enfermedad para las adicciones fracasó en su intento por explicar los factores comunes entre éstas, incluyendo adicciones que no involucran el uso de sustancias (juegos de azar y conducta sexual). Estos modelos también sugieren que los individuos no son responsables de cambiar su comportamiento, y por lo tanto, son incapaces de explicar cómo y por qué un buen número de individuos se sobrepone a sus adicciones sin ningún tratamiento o ayuda

profesional o por qué parecen beneficiarse con una variedad de aproximaciones de tratamiento (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

Dentro del contexto de los modelos explicativos de la conducta adictiva, el **Modelo de Aprendizaje Social** enfatiza, como se mencionó anteriormente, una interacción multideterminada entre variables biológicas, ambientales y orgánsmicas (cognoscitivas, emocionales y psicofisiológicas). Este modelo también asume que tener una expectativa de mucho control, incrementa la probabilidad de moderar o dejar de consumir alcohol u otras drogas. La Teoría del Aprendizaje Social en la que se basa el modelo, destaca cómo los factores biológicos y bioquímicos pueden influenciar las cogniciones de un individuo (por ejemplo, expectativas de reducción del estrés) y los intentos de iniciar métodos alternativos de enfrentamiento para prevenir recaídas (Abrams y Niaura, 1987).

Estas expectativas con las que cuenta cada individuo acerca del éxito que puede tener para enfrentar determinada situación, son llamadas *expectativas de autoeficacia*. Expectativa de autoeficacia es un concepto clave para la Teoría del Aprendizaje Social y para el Modelo de Prevención de Recaldas (Bandura, 1977, 1978; Marlatt y Gordon, 1985; citado en Skutle, 1999). Skutle (1999), define este término como el juicio que tienen las personas de sí mismas, de la capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución o desempeño; específicamente para este modelo, se refiere a las expectativas que tiene una persona para luchar contra una situación de alto riesgo en particular, dentro de lo que es su conducta de beber. Esta autoeficacia está muy asociada con el nivel de consumo de la persona, así como con los beneficios sociales y psicológicos del mismo. Lo anterior, destaca la importancia del uso del DAST 20 en el tratamiento de la conducta adictiva, ya que este instrumento refleja la percepción que el consumidor tiene acerca de los problemas que le está ocasionando ya este consumo en diversas áreas de su vida.

Bandura (1969; citado en Abrams y Niaura, 1987) sostiene que “los alcohólicos son gente que ha adquirido el consumo de alcohol a través del reforzamiento diferencial y de las experiencias de modelamiento como una respuesta dominante a la estimulación aversiva”. Para sustentar este principio general, Bandura propone que las variables del aprendizaje social influyen de varias maneras en las contingencias del reforzamiento asociadas con el uso de alcohol.

Otras variables diferentes que se derivan de la Teoría Tradicional del Aprendizaje fueron incluidas también en la Teoría del Aprendizaje Social, como por ejemplo, las normas culturales y las creencias acerca del beber y de la abstinencia, las cuales pueden explicar la disparidad de la incidencia de alcoholismo entre diferentes culturas y subculturas (Abrams y Niaura, 1987), lo que es importante revisar en el presente estudio, puesto que se trata de la adaptación de un instrumento de la cultura canadiense a la cultura mexicana. En el caso de las drogas ilegales, un

ejemplo de la diferencia entre las culturas radica en lo permisivo que son culturas como la estadounidense o la española en el consumo de drogas, en comparación con la mexicana, en la que el consumo es menor a las anteriores.

Esta teoría asume que al menos de manera implícita toda la conducta de beber, desde la abstinencia hasta el abuso del alcohol, está gobernada en diferentes grados por principios del aprendizaje similares, como son: cognición y reforzamiento. La teoría también asume que como los determinantes del aprendizaje social de la conducta de beber pueden cambiar en función de los escenarios y del tiempo, la conducta de beber puede también variar de manera concurrente (Abrams y Niaura, 1987). No hay una progresión necesaria o inexorable a través de varias etapas del alcoholismo, como se sugiere en el modelo de "enfermedad" ya revisado, en donde es *importante mencionar que se pasa de ser una persona normal a ser un enfermo irreversible.*

Bandura con su teoría, al considerar importante el papel de la cognición en la conducta adictiva, marca la pauta a investigaciones más detalladas en torno a este tema. Así, se puede citar la investigación de Toneatto (1999), en la cual define la metacognición como creencias y actitudes sobre la cognición y sostiene que ésta tiene particular relevancia en el análisis cognitivo del abuso y dependencia de sustancias. Desde esta perspectiva metacognoscitiva, el uso de sustancias es un indicador efectivo de una rápida modificación de efectos cognoscitivos, tales como sentimientos, pensamientos o recuerdos aversivos o indeseables. Las sustancias psicoactivas pueden modificar directamente los eventos cognoscitivos (p. ej., inducir relajación, disminuir la aversión, reducir estados de alerta, etc) o indirectamente (modificando las creencias y actitudes sobre eventos cognoscitivos aversivos). Dichas modificaciones cognoscitivas pueden ser reforzadores positivos y negativos latentes para la conducta de beber. A lo largo del tiempo, los consumidores adquieren un amplio cuerpo de conocimientos, expectativas y creencias de los efectos de la sustancias psicoactivas en la cognición, así como el conocimiento de que dichas consecuencias cognoscitivas pueden no ocurrir aún con el uso de la sustancia. Con lo anterior, se concluye que el uso de drogas ilegales tienen una mayor probabilidad de ocurrir cuando el individuo ha experimentado emociones desagradables, y que los eventos cognoscitivos agradables tienen una baja probabilidad de asociarse con el uso de sustancias adictivas; a diferencia del alcohol, el cual tiene una probabilidad mayor de ser consumido al haber experimentado alguna situación agradable. De igual manera, reporta que algunas de las consecuencias metacognoscitivas de no consumir son incomodidad física, alteraciones del sueño, persistencia prolongada al evento cognoscitivo cuando se trata de eventos de autoalerta, así como la intensificación del mismo cuando se refiere a eventos cognoscitivos del estado de ánimo. También menciona que el uso de drogas y alcohol disminuye eventos cognoscitivos agradables como el amor, tranquilidad y placer.

Algunos determinantes situacionales que llevan al consumo de diferentes drogas son los que señalan Moos y cols. (citado en Abrams y Niaura, 1987) y se refieren a eventos de vida estresantes, presiones del trabajo, la familia, el papel que juegan las redes sociales y el apoyo social.

Hasta el momento, se han descrito algunos puntos de la teoría de Bandura (citado en Abrams y Niaura, 1987) que explican la adicción al alcohol, los cuales se consideran útiles para hacer una generalización que explique la conducta adictiva a las drogas ilegales. Por tanto, a continuación se mencionarán los principios fundamentales de la Teoría del Aprendizaje Social del Uso y Abuso de Alcohol, que pueden ser aplicados al uso y abuso de drogas ilegales.

1. La adicción a las drogas ilegales se puede ejercer indirectamente a través de actitudes, expectativas y creencias que, a diferencia del alcohol, en pocas personas son positivas a una edad temprana. En este caso, las actitudes son positivas cuando el sujeto se involucra en un medio en el que los compañeros consumen, lo que a su vez modelará el consumo de drogas y redundará en un reforzamiento social inmediato. Por lo que los agentes socializadores son, al igual que en la conducta de beber, una influencia necesaria pero no suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia a las drogas.
2. El consumo continuado de drogas -al igual que el de alcohol- incrementa cada vez más, ya que con él existe tanto un reforzamiento negativo, pues con el consumo desaparecen factores tales como tensión o estrés; como un reforzamiento positivo, al aparecer factores como la euforia o un incremento en la interacción social. Estos efectos son mediados fuertemente por expectativas aprendidas socialmente, las cuales pueden determinar dichos efectos, especialmente con dosis bajas.
3. El individuo aprende que el consumo de drogas, al igual que el de alcohol, es una forma de enfrentar las demandas de una situación o de evitar situaciones aversivas; entonces la probabilidad de que se continúe con el consumo aumenta si el sujeto es incapaz de aprender a desarrollar otras alternativas más adaptativas, como las habilidades de enfrentamiento.

Los determinantes del consumo de alcohol, que resultan ser los mismos que para el consumo de otras drogas son, en general (Abrams y Niaura, 1997):

- a) Estresores ambientales que exceden la capacidad de enfrentamiento
 - b) Baja auto-eficacia de conductas alternativas de enfrentamiento
 - c) Expectativas de grandes efectos de la sustancia, que se producirán mientras la sustancia se desea
 - d) Minimización de consecuencias negativas a largo plazo
4. Tanto el alcohol como las drogas ilegales producen una tolerancia directa, ya que se requiere que se consuman cada vez mayores cantidades de la sustancia para obtener los

mismos efectos que anteriormente se obtenían con cantidades menores; esto actúa como un mediador secundario en el incremento de consumo.

5. Si tanto el nivel de consumo de alcohol como el de drogas incrementan, y el consumo se sostiene a través del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física o psicológica incrementa. Las señales ambientales como ver u oler la sustancia adictiva pueden, por sí mismas, producir "demandas ambientales" (p. ej., llegar a ser un estímulo que resulte en una experiencia cognitiva de deseo como una urgencia o deseo intenso a consumir).
6. El abuso de sustancias, sin embargo, no sólo es resultado de variables biológicas, ambientales y psicológicas. Cada episodio de abuso de drogas tiene consecuencias sociales e individuales recíprocas que pueden exacerbar más consumo por la presencia del incremento de estrés y esfuerzo en las interacciones subsecuentes persona-ambiente. Por un lado, el individuo llega a ser cada vez más dependiente a la sustancia para obtener efectos positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, disminución de tensión). Por otro lado, la conducta individual tiene consecuencias personales y ambientales a largo plazo continuamente devastantes. Con esto, se produce un círculo vicioso persona-ambiente.
7. La influencia de estos diferentes factores sociales, situacionales e individuales del consumo de drogas varían entre individuos y en el mismo individuo dependiendo del momento en que se encuentre. Entonces, se puede asumir que no es necesaria una combinación de factores para generar un adicto al alcohol o a las drogas (p. ej., una personalidad alcohólica, una predisposición genética simple o estresantes ambientales) y que no existe una progresión inexorable a través de "etapas" claramente definidas de las adicciones. Dicho de otra forma, se asume que hay múltiples patrones biopsicosociales del uso, abuso y recuperación de la adicción, subyacentes a los mismos principios del aprendizaje social.
8. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para escoger y explorar formas alternativas de enfrentamiento. Tanto las habilidades generales de enfrentamiento requeridas en la vida cotidiana, como las habilidades de autocontrol específicas necesarias para manejar el consumo de drogas son necesarias. A través de la práctica directa, la persuasión verbal, el modelamiento y los patrones fisiológicos, el individuo debe adquirir y practicar habilidades alternativas intrapersonales e interpersonales de manera exitosa, para desarrollar niveles lo suficientemente altos de auto-eficacia para resistir situaciones demandantes.

Un ejemplo de esto lo ofrecen Donohue, Van Hasselt, Hersen y Perrin (1999), en una investigación en la que demuestran que jóvenes consumidores de drogas presentan una carencia significativa de tres habilidades de rechazo: negarse a ir a un lugar donde las drogas estén presentes, dar una explicación concisa del por qué no pueden consumir drogas, y no aceptar cuando las drogas se las ofrecen por segunda ocasión.

De esta manera, es entonces importante señalar que en cuanto a la conducta adictiva, las variables de aprendizaje, tales como condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social y observacional y procesos cognoscitivos de segundo orden tales como: las creencias, las expectativas y las atribuciones, son comunes a los procesos adictivos. Como un ejemplo de ello, se ha encontrado el desarrollo de tolerancia condicionada y de respuestas condicionadas a señales de las drogas (Baker, Morse y Sherman, 1987; Tiffany y Baker, 1986; Gutiérrez y Ayala, 1994; citado en Ayala et al., 1995).

La Teoría del Aprendizaje Social como una explicación de la conducta adictiva, está apoyada por el trabajo de Velazco (1997), quien menciona que todos los estudiosos de las adicciones señalan que, siendo en realidad muy importantes, los elementos psicosociales necesitan interactuar con los factores individuales orgánicos y psicológicos para propiciar el consumo de drogas. Asimismo, señala que los elementos psicológicos individuales son determinantes en lo que se refiere al consumo de drogas.

Otro apoyo a la Teoría del Aprendizaje Social, lo constituyen las investigaciones de Davies (1962)* y de Baley y Stewart (1967)*, en las que se encuentra que en el seguimiento de algunos "alcohólicos" sometidos a tratamiento, retoman al consumo social normal de alcohol, después de cuatro años o más de haber terminado el tratamiento. Con esto se explica que el consumo no es excesivo de nuevo, porque ahora los consumidores ponen atención a las situaciones que son peligrosas, es decir, que desencadenan un abuso del alcohol y lo evitan.

Este hallazgo indica dos cosas: primero, que la conducta adictiva es aprendida y, por tanto, susceptible de ser modificada; segundo, que esta modificación es un proceso en el cual los individuos atraviesan por diferentes etapas de las cuales se hablará a continuación.

Etapas de Cambio en el Tratamiento de la Conducta Adictiva

Si bien las conductas adictivas no son procesos continuos, sí siguen etapas de cambio comunes. Así, los sujetos atraviesan por cinco etapas para lograr el cambio en relación con su conducta adictiva. Estas etapas las describen Prochaska, Velicer, Norman y Fava (1999) en su Modelo de Cambio. Afirman que el cambio en la conducta se puede conceptualizar como una vinculación entre un número de etapas, las cuales requieren modificaciones o alteraciones en las actitudes con el fin de progresar. La primera etapa es la *precontemplación*, en la cual la idea de cambio ni siquiera está considerada. El ciclo empieza cuando el individuo empieza a contemplar

esta idea. Suele ocurrir que las personas que se encuentran en esta etapa consideren con firmeza su cambio en los siguientes seis meses. Estas personas reconocen el problema y saben lo que quieren hacer, sólo que no están preparadas para lograrlo. Se espera que el paso por las etapas sea el adecuado para promover un cambio en la conducta y se tome la determinación de tomar parte y hacer algo para lograrlo. A partir de entonces, ocurrirá una serie de cambios en el pensamiento y el comportamiento. Se espera que cuando éstos ocurran se acepten y lleguen a volverse, hasta cierto punto, automáticos, para así llegar a la etapa de mantenimiento del cambio en la conducta: esta etapa representa un cambio continuo a largo plazo, pero esto no significa que se trate de una etapa estática; al contrario, el individuo consolida sus logros conductuales y cognoscitivos, para intentar evitar las recaídas. Si el individuo es capaz de mantener su logro, sale por completo del ciclo. En el caso del DAST 20, la persona que lo contesta puede estar en dos casos, uno, que sea una persona que llega a tratamiento conociendo de antemano los problemas que le está ocasionando su consumo y, entonces, lo refleje al contestar el cuestionario; otro caso es aquél en el que la persona percibe sus problemas después de haber contestado el mismo.

Además, Prochaska, Velicer, Norman y Fava (1999) no olvidan el papel que juegan tanto las recaídas como los "deslices". Refiriéndose a recaídas como la reincidencia continuada del consumo de la sustancia adictiva, y tomando al desliz como una sola ocasión de consumo después de haber empezado el cambio. Estos pueden variar en severidad, así como las reacciones hacia los mismos. Algunas recaídas pueden desmotivar en exceso a las personas, hasta el punto de regresarlas a la etapa de precontemplación por mucho tiempo antes de que logren volver a la etapa de contemplación. A otras personas, sin embargo, el sufrir una recaída les ayuda a considerar los antecedentes de la misma, así como aquellos momentos o situaciones en donde deben esforzarse más, y cómo manejarse para volver al camino del cambio de la forma más rápida posible.

No se debe olvidar que una ventaja de este modelo es la flexibilidad que presenta ante las necesidades específicas de cada individuo: algunas personas logran el cambio más rápidamente que otras, mientras que hay quienes requieren más tiempo para pasar por todas las etapas.

Para apoyar la flexibilidad de las etapas de cambio, Annis (1990), dentro del campo del Modelo del Aprendizaje Social, realizó un estudio para explorar las diferencias individuales que manifiestan bebedores crónicos en situaciones de alto riesgo, con base en los patrones del Inventory of Drinking Situations (IDS). Con este estudio clasificó a los sujetos dentro de cuatro posibles perfiles, dependiendo de las características demográficas (sexo, edad y estado civil) y de consumo de cada uno. Lo anterior se hizo para demostrar que no existe un patrón de seguimiento universal en dichas etapas, sino que varía dependiendo de las diferencias individuales.

Influencia de la Cultura en la Conducta Adictiva

Como ya se revisó, en la Teoría del Aprendizaje Social se le da gran importancia a los factores culturales como influencia en el desarrollo de la conducta adictiva. Esto es algo que se debe tener muy en cuenta al realizar trabajos específicamente relacionados con la población de un país, en el caso particular de este trabajo, la población mexicana. Por lo tanto, se considera necesario revisar algunos aspectos relacionados con este punto.

La cultura como influencia en el consumo de drogas es algo que ha tomado importancia en el estudio sobre adicciones. Al respecto, Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Copello y Velleman (1998), hacen una investigación transcultural sobre el estrés y el esfuerzo que hacen los familiares de personas con problemas con las drogas en Inglaterra y México y concluyen que existen factores universales y factores particulares de cada cultura.

Dentro de los factores universales se encuentran: incomodidad de vivir con el consumidor, preocupación acerca de la salud o desempeño del consumidor, experimentar dificultades económicas, estar alerta de las consecuencias perjudiciales de toda la familia, sentir ansiedad, preocupación, desesperanza y depresión leve, experimentar una salud en general pobre o síntomas físicos específicos los cuales se relacionan, al menos en parte, con el estrés de vivir con los efectos de un problema de drogas o alcohol.

Por lo que respecta a los factores particulares de ambas culturas, se encontró que en primer lugar, el nivel general de pobreza fue más alto entre los participantes mexicanos que entre los ingleses. En segundo lugar, el número de miembros de una familia que viven juntos es marcadamente mayor en México. Estos dos puntos reflejan que en las familias mexicanas predomina un nivel socioeconómico desfavorable, en comparación con las familias inglesas. En cuanto al consumo de drogas, se observó que entre las familias mexicanas se presentó un gran número de problemas por el consumo de inhalables, lo que se relaciona con las diferencias socioeconómicas, ya que los inhalables son más accesibles a la gente pobre, mientras que las drogas ilícitas son menos accesibles. En cuanto a los familiares de los ingleses se encuentra que tienden a reportar preocupación acerca de la ausencia en el hogar del consumidor por varios días, o por "irse y venir a la casa" constantemente, lo que no se observa en los consumidores mexicanos, ya que en gran medida no están acostumbrados a la misma independencia que los ingleses.

Por otro lado, Cabrera (1999), al hacer un estudio sobre el uso de drogas entre la juventud hispana de Estados Unidos y revisar una vasta literatura en torno al tema de las adicciones,

encuentra que existen factores de riesgo comunes para todos los sujetos, independientemente de la cultura, y factores únicos para cada cultura.

Entre los **factores comunes**, este autor menciona:

Factores del contexto social.

- **Factores de riesgo sociodemográficos y económicos:** Se refieren a características propias de la población, tales como edad, sexo, estado civil y nivel de ingresos, entre otros. El uso de inhalables, por ejemplo, está relacionado con el estar involucrado con pares que los usan, bajos niveles de educación, familiares que usan inhalables, y unos padres que se esfuerzan mucho por ejercer gran control sobre los hijos. También se encuentra que la pobreza es una fuerte influencia en el uso de drogas.
- **Accesibilidad:** Se refiere a una serie de circunstancias físicas, sociales y económicas que traen consigo la facilidad o dificultad de obtener drogas, especialmente con respecto a su costo y la cantidad de esfuerzo físico requerido para obtenerlas.
La accesibilidad también se refiere a aspectos sociales, porque las drogas son más accesibles y más comúnmente usadas en algunos grupos sociales que en otros.
Sin embargo, se ha observado que aunque cuando los costos son altos y el esfuerzo requerido es grande, la tendencia a usar drogas es más baja, algunas personas con una gran inclinación para usar drogas se esforzarán para hacer a un lado las barreras que les pueden impedir el consumo. No obstante, cuando los costos son bajos y se requiere poco esfuerzo, la tendencia a usar drogas será alta. Por ejemplo, Joe y Simpson (1991; citado en Cabrera, 1999) encontraron que dos variables de accesibilidad -que las drogas eran fáciles de obtener y baratas - estaban significativamente asociadas con niveles altos de uso de drogas entre la juventud mexicana.

Factores Individuales e Interpersonales.

- **Percepción del uso de drogas:** Se refiere a la teoría de los efectos percibidos, que postula que un individuo estima los costos y beneficios del abuso de sustancias. El abuso de sustancias continuará en tanto el usuario evalúe más los beneficios totales percibidos que los costos del consumo.
También incluye las actitudes hacia el uso de la sustancia, que se ha encontrado tienen una fuerte relación con el consumo actual. Un ejemplo de ello es que para la mayoría de los hombres hispanos, el consumo de alcohol es sinónimo de virilidad. Esta percepción

puede provocar que se incremente el consumo de alcohol y hace ambigua la definición del usuario de un uso leve o moderado.

- **Redes de pares y familiares:** La teoría de redes se enfoca en la estructura y contenido de los lazos entre actores sociales (p. ej., pares y familiares) más que en las características individuales de los actores. El grado de influencia depende de la estructura de la red social, qué tan fuertemente está integrada la persona dentro de ésta, qué tan importante es ésta en la vida de la persona, cómo se relaciona con otras redes sociales de la persona, qué tan estable ha sido la red social, y aspectos relacionados.
Sobre todo, el uso de drogas ocurre principalmente cuando un individuo está inmerso en alguna y, especialmente, en varias redes que permiten o impulsan esta conducta. Y, si las redes están traslapadas, por ejemplo, si los amigos no son sólo vecinos sino también compañeros de escuela, el gusto por las drogas incrementará más aún. Esto último parece ser el caso de los jóvenes hispanos, que tienden a formar más redes sociales que les permiten desarrollar esta conducta desadaptativa. Por otro lado, se ha encontrado que la influencia de los familiares es mayor en los hispanos que en los norteamericanos, por lo que también tienen frecuentemente más apoyo social de los familiares.
- **Factores relacionados con la escuela:** Calificaciones bajas, pocos logros escolares, mala conducta escolar, asociación con pares, y actitudes hacia la escuela basadas en el grupo de pares, se ha encontrado que correlacionan significativamente con el uso de drogas.

Dentro de los factores únicos de la cultura hispana, Cabrera (1999) menciona:

Factores Socioculturales.

- **Identificación cultural:** La teoría de la identificación cultural postula que aquellas personas con una gran identificación con una cultura se perciben a sí mismos como adaptados a esa cultura. El efecto de la red tiende a incluir un sentido de competencia y estar más satisfecho con su vida. En pocas palabras, el abuso de sustancias significa aceptación cultural, por lo que sus efectos negativos son irrelevantes para el consumidor.
- **Aculturación:** incorpora elementos más complejos de la cultura. Se define como el proceso por el cual los individuos llegan a ser aceptados dentro de una nueva cultura a través de la adopción del lenguaje, valores, creencias y otras conductas de la nueva cultura. Por ejemplo, se ha encontrado que un buen número de hispanos tienen un patrón de uso de sustancias similar al de la población estadounidense.

- **Valores y conflicto cultural:** La teoría del esfuerzo de aculturación, sólo toma en cuenta exposiciones múltiples estresantes a las que se enfrenta la persona que sufre un cambio cultural, las cuales pueden predecir efectos simultáneos como problemas de conducta o uso de drogas. Tales exposiciones pueden incluir: orientación cultural, problemas de lenguaje, discriminación percibida hacia otros significantes, incompatibilidades culturales percibidas, y compromiso y falta de compromiso con los valores culturalmente prescritos de protección, tales como unión familiar y orgullo cultural.
- **Diferenciación entre sexos:** Se refiere a las diferencias entre roles de género. La Teoría del Aprendizaje Social postula que la conducta puede aprenderse por medio de influencias indirectas tales como el modelamiento. Por ejemplo, los grupos de pares proveen modelos de uso de drogas, enseñan a sus miembros cuándo, dónde y cómo usar drogas. También, los padres pueden influenciar a sus hijos a través de estándares internos que han impartido a través de sus propias acciones, tal como ignorar el abuso de alcohol del esposo o esposa en el hogar. De hecho, hasta los padres que no son usuarios de sustancias, quienes no han ejercido influencia social en sus hijos en contra del uso de drogas específicamente, tienen un pequeño o nulo impacto sobre las posibles experiencias iniciales de sus hijos con las drogas. Sin embargo, el uso de drogas en jóvenes ocurre más comúnmente en aquéllos que han estado expuestos a las drogas vía estructura familiar, escuela o vecindario que personas que están rodeadas por no usuarios.

La expectativa de rol de género de que los hombres hispanos son bebedores provee a sus familias influencias positivas del uso de alcohol. Además, los mandatos religiosos influyen el uso del alcohol en el hombre de la misma manera.

Por otro lado, debido a que no es culturalmente correcto para las mujeres tener el consumo de alcohol que tienen los hombres, éstos no tienen límites en cuándo o cuánto tienen permitido beber. Se ha encontrado que las diferencias en la aprobación de la conducta de beber están basadas en la femineidad, masculinidad y agresión percibida en mujeres y hombres en la cultura hispana.

El autor concluye que es necesario llevar a cabo más estudios sobre el abuso de drogas en población hispana, puesto que es una población que está creciendo y en la cual las tasas de prevalencia de consumo de drogas son altas. Es necesario puesto que si se carece de ellos, entonces se tiende a generalizar los datos encontrados en investigaciones llevadas a cabo con población norteamericana solamente. Por lo tanto, los estudios futuros deben medir los cambios en patrones del uso de drogas de ciertos grupos a lo largo del tiempo, en relación con las fluctuaciones históricas y ambientales. Por otro lado, también se propone que estudios futuros exploren las razones por las cuales la gente deja de usar drogas, investigando sobre todo las razones de diferentes grupos étnicos, generaciones, géneros, y variables de este tipo (Cabrera,

1999). Esto es importante, ya que con esta clase de estudios se puede brindar un claro retrato del proceso cognoscitivo y conductual por el cual se abandona el uso de drogas y la manera en que la cultura afecta el proceso.

1.2 QUÉ ES DROGA

Debido a que el presente trabajo consiste en la adaptación de un cuestionario de abuso de drogas ilegales (no incluyendo alcohol ni tabaco), resulta necesario revisar la definición de *droga*. El término droga es amplio y antiguo. Se utilizó en la farmacología clásica para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Manteniendo el criterio clínico, en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como *“toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”*. De esta manera, droga viene a ser sinónimo de fármaco. En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como **droga de abuso** *“aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptible de ser autoadministrada”* (Lorenzo et al., 1998).

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicotrópico o psicoactivo).
2. Inducir a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psíquica).
4. No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, cuando se utilizan pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por lo tanto, en el contexto que nos ocupa el término **droga** se aplica a *“aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”* y es equivalente al de **droga de abuso**.

Dentro de estas sustancias existen diversos tipos, que son clasificados de acuerdo con sus diferentes propiedades y efectos. Por lo que a continuación, se presentan diferentes clasificaciones de las drogas:

Clasificación de las Drogas

Una vez revisado el término droga, es importante conocer la clasificación de este tipo de sustancias, ya que el DAST 20 explora el consumo de diversos tipos de drogas ilegales. Para comenzar, cabe destacar que no hay una sola clasificación aceptada de categorías de drogas, éstas cambian con el tiempo, debido a que surgen nuevas drogas o se hacen disponibles otras. Sin embargo, al revisar diferentes clasificaciones se pueden encontrar coincidencias dentro de éstas, que llevan a una conclusión general sobre las propiedades y efectos de estas sustancias.

Velasco (1997) divide en cinco tipos los grupos principales de drogas:

- 1. Depresores del sistema nervioso central:** Alcohol etílico (etanol), inhalables, barbitúricos e hipnóticos, tranquilizantes menores y opiáceos (analgésicos narcóticos). Los depresores disminuyen el estado de alerta, deprimen la función cerebral, disminuyen la atención a los estímulos del medio externo, tienen reacciones más lentas, disminuyen todas las funciones mentales superiores (atención, juicio, razonamiento, memoria e inteligencia) y deprimen el estado de ánimo.
- 2. Estimulantes del sistema nervioso central:** Cocaína, anfetaminas, cafeína, metilfenidato, anoréxicos y nicotina. Los estimulantes incrementan el estado de alerta, aumentan el estado de conciencia, se percibe más intensamente el medio exterior y se responde de manera más rápida a los estímulos del medio externo.
- 3. Alucinógenos:** LSD (dietilamida del ácido lisérgico), sustancias naturales (psilocibina, psilocina, mezcalina, etc.) y otras sustancias sintéticas (DOM, DMT, fenciclidina o PCP, etc.). Los alucinógenos lo mismo producen depresión que estimulación; siempre provocan una percepción distorsionada de la realidad; modifican el estado de conciencia de tal forma que pueden producirse alucinaciones; como la alucinación es un síntoma característico de ciertas psicosis (o locura) también se les ha llamado a estas sustancias psicocomiméticas (que recuerdan o imitan estados psicóticos).
- 4. Canabinos:** Marihuana, hachis (o hashish). Los canabinos contienen canabinoles (delta-9-tetrahidrocannabinol), sustancia activa proveniente de la marihuana (cannabis sativa). Al consumir en dosis alta puede provocar alucinaciones, pero no ocurre esto con la dosis habitual.
- 5. Drogas "de diseño":** Son sustancias sintéticas de características especiales, tales como el éxtasis (tacha), ice.

En ocasiones se agregan otros grupos, como es el caso de los analgésicos narcóticos derivados del opio (opiáceos) y los inhalables, a los que se da un lugar aparte; otros empatan los cannabinoles o cannabinoides con los alucinógenos. Los narcóticos y los sedantes son depresores del sistema nervioso central. Si bien la marihuana (cannabinoides) puede producir alucinaciones cuando se consume en altas dosis o por sujetos especialmente predispuestos, por lo común no ocurre así. Eso basta para darle un lugar aparte porque además, a veces deprime, a veces estimula, y en ocasiones produce estados no asimilables a ninguno de estos dos efectos.

De igual manera, Brailowsky (1999) propone otra clasificación para las drogas, que a continuación se menciona:

- 1) **Estimulantes:** Son sustancias que aumentan el estado de vigilia, combaten el sueño, producen una sensación de energía incrementada y, a dosis elevadas, estados de excitación extrema. Entre las sustancias estimulantes se encuentran las anfetaminas, la cocaína, la estricnina, el café, el té, el chocolate y la nicotina. Los estimulantes se dividen en agentes menores y mayores.

Los *estimulantes menores* incluyen el café, el té y el chocolate. Su patrón de abuso es bastante estereotipado y, por demás frecuente. Probablemente sean las drogas psicoactivas más utilizadas en el mundo, sobre todo si incluimos los refrescos, algunos analgésicos y remedios contra la gripe que contienen cafeína.

De los *estimulantes mayores*, la cocaína y las anfetaminas representan las sustancias de abuso más frecuente. También se puede referir a ellas con términos populares como "speed".

- **Anfetaminas:** Al principio, el sujeto se siente con mucha energía, entusiasta, dinámico, feliz, confiado, optimista y hasta poderoso; duerme poco y se complica en proyectos ambiciosos, tiene dilatación pupilar, boca seca y aumento de la temperatura. Después del primer día, y a medida que aumenta la dosis, los efectos tóxicos empiezan a aparecer: confusión, desorganización de la conducta y del pensamiento, repetición de actos sin sentido, irritabilidad, nerviosismo, miedo. Después de algunos días de consumo repetido, puede haber crisis de psicosis paranoica con actitudes agresivas y antisociales gratuitas, sin razón aparente, e incluso alucinaciones.

Existen numerosas sustancias con efectos catecolaminérgicos que actúan por medio de mecanismos similares a los de las anfetaminas, pero cuyos efectos son mucho menos marcados que los de éstas. Por ejemplo, algunas gotas para la nariz que contienen

efedrina, fenilefrina, pseudoefedrina, fenilpropranolamina, propilhexedrina, nafasolina, tatrahidrosolina, oximetazolina o xilometasolina.

- **Cocaína:** Los usuarios de cocaína describen sus efectos euforizantes en los mismos términos que con las anfetaminas; sin embargo, la duración del efecto de la cocaína es mucho más breve: su vida media es de alrededor de 50 minutos, mientras que la de las anfetaminas es de cerca de 10 horas. La cocaína produce convulsiones, durante el embarazo facilita los abortos espontáneos o la muerte fetal; los individuos que la usan, frecuentemente reportan alucinaciones táctiles y visuales, automatismos (tics), paranoia y alteración de la conducta. La cocaína tiene un potencial de abuso importante y la dependencia psíquica se establece rápidamente. La interrupción brusca del consumo prolongado de ésta, se acompaña de depresión, angustia, intensa preocupación por conseguir el fármaco, y después, por fatiga y necesidad de dormir.

2) Drogas Depresoras:

- **Barbitúricos y Benzodiazepinas:** Se abusa de ambos para combatir el insomnio. Son los sujetos que aseguran no poder pegar un ojo si no toman su píldora antes de acostarse. Algunos ejemplos son el tiopental, pentobarbital o el fenobarbital. Las personas con este tipo de adicción buscan mantener un estado de intoxicación leve todo el tiempo, parecida a la que producen niveles moderados de alcohol. Son individuos que pueden cambiar bruscamente de estado de ánimo, y volverse irritables, agresivos y buscapleitos. La tolerancia y la dependencia física a los barbitúricos se desarrolla con una velocidad que depende de la dosis: a mayor dosis, mayor tolerancia y dependencia y síndrome de abstinencia más grave.
- **Fenciclidina o "Polvo de ángel":** Ha desarrollado una reputación de droga peligrosa por los reportes de conducta violenta y agresiva asociados a su consumo. A los sujetos que están bajo la influencia de este fármaco no se les puede producir dolor alguno. Esta sustancia puede provocar estados psicóticos que recuerdan casos de esquizofrenia y que pueden prolongarse hasta por varias semanas. Durante ellos, se han presentado episodios de violencia inducidos por sensaciones de paranoia intensa.

- 3) **Cannabis:** Fumado se absorbe rápidamente hacia la sangre, desde donde llega al cerebro y de allí, al resto del organismo. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan entre 7 y 10 minutos, tiempo en el que los efectos cardiovasculares también aparecen. Los efectos subjetivos duran como máximo un periodo de tres horas. Algunos de los efectos

que puede producir van desde una euforia discreta, hasta alteraciones en la percepción, el balance y el equilibrio, pasando por cambios en el sentido del tiempo, cambios en la imagen corporal, distorsiones perceptuales, incoordinación muscular, ilusiones, alucinaciones, alteraciones en la memoria a corto plazo, así como en la capacidad para realizar tareas que requieren estados mentales múltiples o secuencias precisas de movimientos, alteraciones en la percepción, atención y procesamiento de la información. También se reporta que los fumadores de marihuana presentan más apetito, sequedad de la boca y garganta, aumento de la frecuencia cardíaca, enrojecimiento de los ojos y mayor agudeza sensorial. Las dosis elevadas pueden producir estados tóxicos severos, lo que se denomina "psicosis tóxica", acompañados de sentimientos de pánico y paranoia, de despersonalización y angustia extrema. A dosis efectivas, interfiere con el funcionamiento intelectual en general. Es común, también, encontrar el síndrome amotivacional que se ocasiona por el uso crónico de la marihuana, el cual incluye: apatía, aburrimiento, alteraciones del juicio, de la concentración y la memoria, pérdida del interés para relacionarse con otras personas o para lograr una superación personal, desgano en general y la falta de cuidado en la apariencia personal. A dosis elevadas, aparece tolerancia a la sustancia, taquicardia, disminución de la temperatura corporal y de la presión intraocular, cambios electroencefalográficos, efectos sobre el estado de ánimo y alteraciones psicomotoras; se observa también el síndrome de abstinencia, que se manifiesta por irritabilidad, inquietud, nerviosismo, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, temblor y aumento de la temperatura corporal.

- 4) **Narcóticos:** Este término incluye al opio y sus derivados (opioides), entre los que se encuentran: morfina, codeína y heroína. Producen dependencia psicológica o compulsión por su autoadministración, tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia. Cuando hay intoxicación, se presenta depresión respiratoria, un estado de estupor o de somnolencia extrema y, en casos graves y extremos, dilatación pupilar. Los efectos que producen son de corta duración.

- 5) **Solventes e Inhalables:** En este apartado se incluye a un grupo de sustancias volátiles utilizadas para alterar el estado mental. Se han establecido las siguientes categorías de sustancias:
 - Gases anestésicos de uso médico: éter, cloroformo, halotano y óxido nítrico.
 - Solventes industriales o domésticos, incluyendo los adelgazadores de pintura o solventes, los desengrasadores y los solventes para los pegamentos.
 - Los solventes contenidos en artículos de papelería o de arte, entre los más comunes se tienen los líquidos correctores y los solventes de los plumones.

- Gases usados en la casa o la industria, como el gas para cocinar, los sprays de crema batida o los gases para rellenar refrigeradores.
- Los aerosoles domésticos para aplicar pintura, fijadores para el cabello, protectores de tela.
- Los nitritos alifáticos, que son los medicamentos vasodilatadores.
-

Algunos solventes son tóxicos para el hígado, otros para el riñón, otros para los nervios periféricos, otros para la sangre y otros para el sistema nervioso. El efecto agudo de la intoxicación incluye una excitación inicial que posteriormente se vuelve desinhibición, acompañado por una sensación de ligereza, euforia y agitación. Cuando la dosis aumenta se puede observar ataxia, disminución de los reflejos, mareo y desorientación. En los casos en los que se presenta una intoxicación severa se produce debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, nistagmus (los ojos oscilan en forma involuntaria), delirio y en ocasiones alucinaciones con conductas alteradas. Horas después, el individuo puede manifestar dolor de cabeza, letargo, incoordinación muscular y desorientación. Estas sustancias no producen dependencia ni tolerancia física.

Por otro lado, se encuentra que la Addiction Research Foundation hace una clasificación de las drogas mucho más extensa que las anteriores, que a continuación se presenta:

- Barbitúricos/sedantes
- Benzodiacepanes/tranquilizantes menores
- Inhalables (solventes industriales y comerciales)
- Narcóticos
- Alucinógenos
- Anti-psicóticos/tranquilizantes mayores
- Antidepresivos
- Anfetaminas y compuestos relacionados
- Otros estimulantes
- Cocaína, crack/de base libre
- Nitratos volátiles
- Antihistaminicos
- Agentes anti-parkinsonianos
- Productos combinados: de prescripción e ilegales

En la Ley General de Salud, las disposiciones sobre estupefacientes y psicotrópicos derivan del concepto de medicamento y del de fármaco (adicionado en la reforma de mayo de

1997). Así, se entiende por medicamento toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio. Fármaco es toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que reúna las condiciones para ser empleado como medicamento o ingrediente de un medicamento (Art. 22, fracciones I y II de la Ley, y 1123 del reglamento).

Con respecto a los medicamentos, señala que pueden ser alopáticos, homeopáticos o herbolarios y de acuerdo con su forma de preparación los clasifica en: magistrales (conforme a la fórmula prescrita por un médico), oficiales (de acuerdo con las reglas de farmacopea mexicanas) o especialidades farmacéuticas (con fórmulas autorizadas de la Secretaría de Salud, en establecimientos de la industria químico-farmacéutica) [Art. 224]. En tanto que, el proceso de los productos que contengan plantas medicinales queda sujeto a control sanitario respetando las especificaciones de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas al respecto (art. 223).

La lista de sustancias que identifica como estupefacientes es amplia e incluye: marihuana, coca, cocaína, codeína, adormidera, heroína, metadona, morfina y opio, entre otras, clasificándolas de acuerdo al artículo 245 en cinco grupos según su valor terapéutico y con la finalidad de establecer medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias:

- I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública (LSD, MDMA, o éxtasis, mezcalina y hongos alucinantes, entre otras).
- II. Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública (anfetamina y metanfetamina, entre otras).
- III. Las que tienen valor terapéutico y constituyen un problema para la salud pública (diazepam, entre otras).
- IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública (cafeína, entre otras).
- V. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria

Cabe señalar que para salvaguardar el control de sustancias o mezclas aún desconocidas o cuyos efectos todavía no han sido determinados, la misma ley otorga a la Secretaría de Salud la facultad de determinar sustancias adicionales que no estén contenidas en la clasificación y deban considerarse como estupefacientes o psicotrópicas (Art. 234 y 246).

Con esto, se puede tener un panorama acerca de los diferentes tipos de drogas ilegales y de los efectos que éstas producen. Esto es importante para efectos del presente estudio, ya que el

cuestionario de abuso de drogas (DAST 20, Skinner, 1982) que se adaptará, mide precisamente el grado de problemas relacionados con el abuso de drogas ilegales y especifica en las instrucciones cuáles sustancias son las que comprende este gran grupo, por lo que se considera que toda persona que desee utilizar este cuestionario debe tener claro cuáles sustancias se incluyen dentro de las drogas ilegales.

Una vez revisadas las diferentes clasificaciones que existen de las drogas, se proseguirá a tratar otro aspecto importante en cuanto a las adicciones, éste es el diagnóstico con base en el patrón de consumo observado.

1.3 PATRONES DE CONSUMO Y CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

En el consumo de las sustancias hay diferentes niveles, según los patrones que sigue éste. Así, se encuentra un continuo entre uso, abuso y dependencia a las drogas. En este apartado se hará la distinción, primero entre uso y abuso; y posteriormente, entre abuso y dependencia, puesto que el DAST 20 es un cuestionario que mide consecuencias relacionadas con el abuso de sustancias adictivas y resulta necesario diferenciar perfectamente el abuso de drogas tanto del uso de sustancias adictivas como de dependencia a las drogas.

Uso y Abuso de Drogas

Es común ver a alguien que abuse de las drogas. Esto se observa tanto en las reuniones sociales, en las cuales se pueden consumir botellas enteras de alcohol, como con familiares y/o compañeros de trabajo que fuman en exceso. Pero la esfera de las drogas no se limita a estas sustancias; incluye también otro tipo de sustancias como las descritas en el punto anterior, llamadas *drogas ilegales*.

Medina – Mora (1994) menciona que el uso de sustancias es una condición incierta, y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales. La distinción entre el uso y abuso de las diferentes sustancias depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación.

Últimamente se han tratado de definir los niveles de consumo sin riesgo, es decir, el denominado consumo moderado (NIAAA, 1992; citado en Medina – Mora, 1994). Así, Medina –

Mora (1994), define al consumo moderado como el que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad.

Medina – Mora (1994) agrega que en el caso de las drogas ilegales es común argumentar que cualquier uso es abuso de la sustancia. Las consecuencias de este uso –dependiendo del tipo de droga- serán muy diferentes según el patrón de consumo, es decir, si ha consumido la sustancia una o dos veces, si la ingiere en ocasiones específicas, si la consume de vez en cuando, o si la usa diariamente por periodos prolongados.

Algunos instrumentos de medición especifican que el abuso de drogas puede empezarse a considerar si el individuo ha consumido la sustancia en más de cinco ocasiones, independientemente de la frecuencia; de esta manera, se separa a los usuarios experimentales de los que posiblemente ya están habituados al consumo (Robins y cols., 1981; citado en Medina – Mora, 1994).

Con base en lo anterior, la autora resume, en algunos puntos esenciales, las características de los patrones desadaptativos de uso de drogas, es decir, del abuso:

- 1) El uso continuo de la sustancia psicoactiva, a pesar de que la persona sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia.
- 2) El uso recurrente de la sustancia en situaciones que resultan físicamente arriesgadas (p. ej., conducir intoxicado). El diagnóstico se efectúa solo si algunos síntomas de la alteración persisten durante un mes como mínimo, o si aparecen repetidamente por un periodo prolongado.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden por medio de indicadores, tales como consumo per cápita, patrones de consumo y problemas asociados.

Por lo tanto, cuando se trabaja con la conducta adictiva, se debe estar muy familiarizado con las características que implican el uso y el abuso de sustancias, pues de esta manera, será posible dar al usuario el tratamiento adecuado (prevención primaria o secundaria, respectivamente).

En conclusión, se puede ver que el uso puede ser esporádico y no traer consigo consecuencias adversas para el consumidor; en cambio, el abuso se caracteriza porque, a pesar

de que el consumo de la sustancia aún no es sumamente frecuente, ya ocasiona consecuencias negativas en diversas áreas de la vida de la persona. Es entonces importante detectar el abuso, ya que es un punto peligroso para que la persona desarrolle una dependencia más severa, pero a la vez es un punto en el que se puede lograr modificar ese consumo desadaptativo que lleve al usuario de drogas a parar las consecuencias adversas que el abuso de sustancias le está ya ocasionando.

Abuso y Dependencia a las Drogas

Como ya se mencionó, el DAST 20 mide el grado de consecuencias por el abuso de sustancias, al trabajar con él es muy importante tener clara la distinción entre abuso de sustancias y dependencia, puesto que muchas personas tachan cualquier consumo desadaptativo como una dependencia. Conocer las principales características del diagnóstico de dependencia a las drogas, es de gran ayuda para saber qué tipo de consumo es el que discrimina el DAST 20.

Por lo tanto, así como es importante conocer la diferencia entre uso y abuso a las drogas, también es necesario tener clara la distinción entre abuso y dependencia, ya que el diagnóstico acertado de ésta última, permitirá dar un tratamiento con un enfoque fisiológico, debido a las características que ésta implica.

En la década de los setenta, se hacía una distinción importante entre dos formas de dependencia a las drogas. Se consideraba que ciertas drogas causaban sobre todo dependencia física, en tanto que otras se limitaban a provocar dependencia psicológica (Medina – Mora, 1994).

Desde esta perspectiva se definía la *dependencia psicológica* como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas, manifestada por una conducta de búsqueda continua; la *dependencia física* como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a una droga, que cuando se le suspende, provoca claros síndromes físicos de abstinencia que suelen provocar distensión y dolor. Actualmente, se considera que la dependencia es una sola, con rasgos comunes entre las diferentes drogas y algunas características propias (Medina – Mora, 1994).

En 1982, la OMS define la dependencia como "*síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes*". Su clasificación como síndrome remite a un cuadro clínico formado por un grupo de fenómenos que no necesariamente tienen que estar presentes en su totalidad en el mismo

momento ni con la misma intensidad. Y, por otra parte, se enfatiza que la dependencia da lugar a una pérdida de libertad, pues la persona se encuentra controlada por la droga; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto (Lorenzo, et al., 1998). Esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica.

La OMS introdujo la categoría *consumo perjudicial* para definir aquel que afecta la salud física (p. ej., hepatitis asociada a la administración intravenosa de drogas) o mental (p. ej., episodios de trastornos depresivos secundarios al uso excesivo) del consumidor; asimismo califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple con el criterio de dependencia. Desde esta perspectiva forma el concepto del proceso de dependencia como un continuo, cuyo extremo derecho estaría ocupado por los dependientes; un grado antes estarían los bebedores problema o aquellos individuos con patrón de consumo perjudicial.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS IV) *"la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella; y existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia"*. En este sentido, la dependencia no es absoluta, sino un elemento cuantitativo de distinta magnitud, y en el extremo del espectro la dependencia se asocia a "consumo compulsivo" (Lorenzo, et al., 1998).

Hoy en día, existen dos sistemas diagnósticos casi paralelos. En Europa son más aceptados los de la Organización Mundial de la Salud (OMS, CIE-10, 1992), y en Norteamérica, los de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, DSM-IV, 1994).

El Sistema CIE-10 define el síndrome de dependencia como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- a) Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, características.
- b) Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- c) Hay un deseo (intenso o insuperable) de administración.
- d) Las recaídas después de un período de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los períodos de dependencia.

Y de las siguientes pautas diagnósticas: *"Si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes":*

- a) Deseo o compulsión de consumir la sustancia.
- b) Disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo.
- c) Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo.
- d) Tolerancia.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- f) Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, el DSM IV señala que los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Según este manual, el término *sustancia* puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico.

El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

De estos dos grupos, interesa revisar la clasificación de los trastornos por consumo de sustancias, que comprenden la dependencia y el abuso, y de los trastornos inducidos por sustancias se revisará la intoxicación y la abstinencia según los criterios del DSM IV, para ello, a continuación se cita cada una de estas clasificaciones, se mencionan sus características generales y se enumeran los criterios propuestos por este manual.

Dependencia de sustancias

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la "necesidad irresistible" de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

CRITERIOS

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

En esta clasificación se puede especificar si es:

- Con dependencia fisiológica: Hay signos de tolerancia o abstinencia.
- Sin dependencia fisiológica: No hay signos de tolerancia o abstinencia.

Abuso de sustancias

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que se manifiesta por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Se expresa por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses.

CRITERIOS

- 1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (p.ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- 3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- 4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la

sustancia (p.ej., discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Los síntomas mencionados no deben de cumplir nunca los criterios para la clasificación de dependencia de sustancias de esta clase de sustancia, que también se menciona en el DSM IV.

Intoxicación por sustancias

La intoxicación de sustancias se clasifica por la presencia de los siguientes criterios.

CRITERIOS

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos a efectos de la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central (p.ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Abstinencia de sustancias

La característica esencial de la abstinencia por sustancias consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.

Muchos (quizá todos) sujetos con abstinencia por sustancias presentan una necesidad irresistible de volver a tomar la sustancia para reducir los síntomas. Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: alcohol, anfetaminas y otras sustancias

afines; cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas de abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan en forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia.

CRITERIOS

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El DSM IV señala algunos otros factores que tienen que ver con los trastornos relacionados con sustancias, como por ejemplo la cultura, la edad y el sexo de los consumidores; el curso y el deterioro de los trastornos.

En cuanto a los *síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*, se menciona que hay una amplia variación cultural en las actitudes hacia el consumo de sustancias, los patrones de uso, su accesibilidad, las reacciones fisiológicas a las sustancias y la prevalencia de los trastornos relacionados con su uso.

También se menciona que entre los individuos de 18 a 24 años hay una prevalencia relativamente alta de consumo de sustancias, incluyendo al alcohol. Con las drogas de abuso, la intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con sustancias, que suele tener lugar en la juventud. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad en función del tiempo de ingesta de dosis altas de la droga a lo largo de un tiempo suficiente. La dependencia puede también aparecer a cualquier edad, pero para muchas drogas de abuso es típico su inicio en los 20, 30 ó 40 años. Cuando un trastorno relacionado con sustancias al margen de la intoxicación empieza en la adolescencia temprana con frecuencia se asocia a trastornos sociales y fracaso escolar. Para las drogas de abuso los trastornos relacionados con sustancias suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada tipo de sustancia.

En cuanto al *curso* de estos trastornos, se menciona que el desarrollo de la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia varía según el tipo de sustancia, la vía de administración y otros factores.

La intoxicación suele producirse en minutos u horas después de una dosis suficiente, y se mantiene o se intensifica con dosis repetidas.

La abstinencia aparece al disminuir la concentración de la sustancia en el sistema nervioso central. Para las sustancias de vida media corta los primeros síntomas de abstinencia suelen aparecer pocas horas después de suprimir las dosis, aunque pueden producirse crisis comiciales por abstinencia algunas semanas después de interrumpir las dosis altas de ansiolíticos de vida media larga.

El diagnóstico de abuso de sustancias es más probable en sujetos que han comenzado a consumir las sustancias recientemente. En muchos sujetos el abuso de un tipo particular de sustancia evoluciona hacia una dependencia de esa clase de sustancias. Algunos sujetos tienen episodios de abuso de sustancias durante un largo período de tiempo sin presentar dependencia.

El curso de la dependencia de sustancias es variable. Aunque pueden aparecer episodios relativamente breves y autolimitados, el curso es habitualmente crónico, dura años con períodos de agudización y remisión parcial o total.

Por lo que respecta al *deterioro* y *complicaciones* de este tipo de trastornos, el manual señala que aunque algunos sujetos con problemas relacionados con sustancias mantienen un buen nivel de actividad (p. ej., en las relaciones interpersonales, el trabajo y los negocios), estos trastornos causan con frecuencia un acusado deterioro y graves complicaciones. Los sujetos con trastornos relacionados con sustancias experimentan frecuentemente un deterioro de su salud general. De una dieta inadecuada y del descuido de la higiene personal pueden derivar la malnutrición y otras enfermedades médicas.

El consumo de sustancias puede estar asociado a comportamientos violentos o agresivos, manifestados a través de peleas o actos criminales que ocasionan lesiones tanto en el sujeto que utiliza la sustancia como en los demás. Se ha detectado una apreciable proporción de mortalidad y morbilidad debido a complicaciones de la intoxicación por sustancias, como accidentes de tráfico, domésticos o industriales. Además, el 10% de los sujetos con dependencia de sustancias se suicida, con frecuencia afectos de un trastorno del estado de ánimo inducido por la sustancia (DSM IV).

El DSM IV también ofrece un diagnóstico diferencial, del cual es importante mencionar que los trastornos relacionados con sustancias se distinguen del *consumo no patológico de sustancias* (p. ej., "bebedores sociales") y del *consumo apropiado de medicamentos por razones médicas* debido a la presencia de tolerancia, abstinencia, uso compulsivo o problemas relacionados con las sustancias (p. ej., complicaciones médicas, alteraciones de las relaciones familiares o sociales, problemas laborales, económicos o legales). Los síntomas predominantes del *abuso* o la *dependencia de sustancias* son de forma invariable los repetidos episodios de intoxicación por sustancias. Sin embargo, uno o más episodios de intoxicación por sí solos no son suficientes para establecer el diagnóstico tanto de dependencia como de abuso de sustancias.

En ambos sistemas diagnósticos se tiene prevista la codificación evolutiva de la dependencia. Con esta codificación se señala la forma de consumo, continuada o episódica; la situación actual con relación al consumo, en abstinencia o no, y el tipo de tratamiento para mantener la abstinencia. La CIE-10, en concreto, permite especificar el estado del farmacodependiente con la utilización de una quinta posición en la codificación del trastorno, cuyo dígito hace referencia a siete situaciones. Por su parte, el DSM IV proporciona para la codificación evolutiva seis términos modificadores que pueden agregarse al diagnóstico. Estos parámetros evolutivos exigen la desaparición de los criterios de dependencia por lo menos durante un mes. A pesar de que hablamos de seis calificaciones, éstas se reducen a tres valores numéricos (0, 1, 2), que se expresan en la codificación diagnóstica, al igual que la CIE-10, en la quinta posición.

Por otro lado, es necesario mencionar que en cuanto al tema de diagnóstico de consumo de sustancias hay algunos factores que deben tomarse en cuenta. Existen algunas investigaciones al respecto, un ejemplo es la de Moggi, Hirsbrunner, Brodbeck y Bachman (1999), quienes reportan que un tercio de los individuos que tienen trastornos relacionados con el uso de alcohol y la mitad de las personas que presentan trastornos relacionados con el uso de drogas tienen un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Estos pacientes (con diagnóstico dual) han incrementado la utilización de recursos de tratamiento, en comparación con aquéllos que sólo presentan trastornos relacionados con el uso de sustancias. Ouimette, Ahrens, Moos y Finney (1997; citado en Moggi, Hirsbrunner, Brodbeck y Bachman, 1999) refieren que pacientes con un diagnóstico dual también tienen resultados más pobres en los tratamientos no designados para la comorbilidad. A partir de esto, Regier et al. (1993; citado en Moggi, Hirsbrunner, Brodbeck y Bachman, 1999), mencionan la importancia de contar con programas de tratamiento integrativo que tomen en cuenta las necesidades de los pacientes con diagnóstico dual.

Moggi, Hirsbrunner, Brodbeck y Bachman (1999), encontraron que el programa integrativo puede funcionar para pacientes con un diagnóstico dual, y que resulta más efectivo para personas sin hogar y para aquellas que se encuentran desempleadas. También reportan que los pacientes

más beneficiados fueron aquéllos quienes consumían más al inicio del tratamiento. Estos autores también mencionan la importancia de considerar que este tipo de pacientes necesitan más tiempo para recuperarse que quienes no presenten el diagnóstico dual.

En conclusión, se puede ver que el abuso de drogas tiene como característica que el consumidor de la sustancia comience a tener una serie de consecuencias negativas en diferentes aspectos de su vida. Por otro lado, la dependencia de sustancias se caracteriza por una serie de síntomas que son más de índole fisiológico (síndrome de tolerancia y abstinencia, por ejemplo). Una característica diferencial es que generalmente las personas que abusan de una sustancia, la comenzaron a consumir más recientemente que aquéllas que ya han desarrollado una dependencia de las drogas. Finalmente, se puede ver que el consumo de sustancias también puede estar relacionado con otra enfermedad psiquiátrica. Por todos estos factores, se observa que es de gran importancia para los profesionales que brindan tratamiento a consumidores de drogas, contar con instrumentos válidos y confiables que les permitan hacer un diagnóstico acertado en cuanto a ese consumo de la sustancia, pues dependiendo de su grado y características, se le podrá dar el tratamiento más efectivo para su caso particular, lo que exige el desarrollo de tratamientos dirigidos a consumidores moderados.

1.4 PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Diferentes autores han puesto énfasis en el análisis de los problemas que se asocian comúnmente con el consumo de drogas. A continuación, se mencionarán algunos de ellos y las propuestas que ofrecen, con lo que se observarán varios puntos en los que se coincide con respecto a este tema.

En primer lugar, Lorenzo et al. (1998) mencionan una serie de consecuencias que pueden caracterizar *el consumo problemático de los usuarios*, las cuales se pueden clasificarse en consecuencias psicológicas y consecuencias médicas.

Dentro de las consecuencias psicológicas menciona:

- a) **Reacciones antisociales:** El farmacodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla, sin que existan para él barreras morales. Así, son frecuentes los robos, incremento de la agresividad, tráfico ilegal, homicidios, prostitución, y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc.

- b) **Síndrome de déficit de actividad:** Con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, etc.
- c) **Trastornos mentales inducidos:** El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos mentales, y cuando esto sucede, es decir, cuando se estima que el cuadro clínico es un efecto directo de la sustancia, se diagnostica *trastorno inducido por sustancia*. Por otro lado, debe tenerse presente que las personas con trastornos mentales también pueden ser consumidoras de sustancias, y debido a este consumo, presentar otro trastorno mental más, todo lo cual viene a complicar el curso y el tratamiento de la patología psiquiátrica de base, es decir, su trastorno mental primario.

Con respecto a las consecuencias médicas, enumera las siguientes:

- a) **Infecciones y disminución de las defensas:** Debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, SIDA, etc. Incluso en condiciones de asepsia, la administración de determinadas drogas (opíáceos) llega a producir inmunodepresión, aumentando la vulnerabilidad del drogadicto a otra enfermedad.
- b) **Peligro de sobredosificación:** Este peligro existe, especialmente en los drogodependientes a opíáceos (heroína) por vía endovenosa, cuando se inyectan la dosis máxima de una fase anterior, después de un periodo de abstinencia. La dosis elevada "normal" en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período sin consumirla y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria. A veces se denomina impropia muerte por sobredosis a la producida por intoxicación debida a las mezclas fraudulentas con las que se suele "cortar" la droga (estricnina, quinina, talco, polvo de ladrillo, etc.).
- c) **Efectos tóxicos específicos:** Son los característicos de cada droga o grupo de drogas.

Otra consecuencia señalada por este autor, que está dentro de las dos anteriores es:

- a) **Riesgo de escalada:** Cuando se empieza el consumo de las indebidamente denominadas drogas blandas (derivados del cáñamo y las sustancias alucinógenas) o de sustancias legales como el alcohol (consumos abusivos irregulares en fines de semanas) existe el riesgo comprobado de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia: heroína, cocaína, etc.

Medina – Mora (1994), por su parte menciona que la mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas por lo general pasan inadvertidos para el

consumidor, el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia hasta el completo estupor. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo.

Esta autora destaca que existen factores que influyen para que existan ciertos efectos en el sujeto que consume drogas, es decir, los efectos variarán dependiendo de factores tales como: el estado emocional en el que se encuentre el sujeto o ciertas características sociodemográficas (p. ej., sexo, edad, peso, talla, etc.). Pero en general, menciona que comúnmente se presentan las siguientes consecuencias:

- Consecuencias médicas como resultado de un consumo frecuente, como en el caso de los problemas de hígado en los consumidores crónicos de alcohol.
- Consecuencias sociales, que son más comunes en las sociedades en las que se consume en exceso o se llega a la intoxicación, aún cuando no se use con regularidad la sustancia adictiva. Problemas que están relacionados con las expectativas culturales del grupo en torno al consumo y la intoxicación, en relación con quién puede consumir y quién no, y en qué circunstancias está permitido hacerlo.
- Problemas financieros, hechos violentos, problemas con la policía, familiares, escolares o en el trabajo, entre otros. Este tipo de situaciones evidencian fricciones entre el consumidor y su ambiente social; de ahí que sea de especial importancia que la evaluación de estos problemas se acompañe del conocimiento de las normas sociales en torno a esta práctica.
- Las condiciones del entorno contribuyen también a la manifestación de problemas, como es el caso, por ejemplo, del incremento del riesgo de accidentes por carreteras mal señaladas.

Factores que Pueden Favorecer el Consumo

Kaplan, Hush, y Bieleman (1994), señalan que mucho del daño asociado con el uso de estimulantes es consecuencia de estilos de vida caracterizados por usuarios de varias drogas y de prácticas no saludables.

En cuanto al consumo de drogas (otras que no sean alcohol ni tabaco), en las variables del ámbito social, se ha encontrado que el percibir que las drogas son poco peligrosas o que no lo son, es un factor de riesgo que predice la experimentación y el uso continuo de sustancias psicoactivas. En tanto, la aceptación de los amigos del consumo de drogas (tolerancia social), predice que un

adolescente experimente y abuse de las drogas. Otro factor de riesgo importante que se ha reportado es si el adolescente percibe como disponible o tiene fácil acceso a las drogas. Por otro lado, Weisz (1996) encontró que los sujetos que mejor perciben su identidad social, se espera que tengan mejores resultados en tratamientos para cocaína.

Kaplan, Hush y Bieleman (op. cit.) indican que en el ámbito familiar, se han encontrado como predictores importantes el que los padres o los hermanos consuman drogas. Asimismo, si algunos de ellos tienen problemas con su consumo del alcohol, es un predictor del uso experimental de drogas. Al respecto, Abrams y Niaura (1987), mencionan que los patrones de consumo de alcohol, por ejemplo, se aprenden dentro de un proceso de socialización que cambia según cambien las fuerzas socializantes. Por otra parte, se ha encontrado que si la familia tiene una comunicación adecuada con el adolescente, es una variable indirecta que lo protege de iniciar su consumo de drogas.

En el ámbito interpersonal, los amigos juegan un papel importante, de manera que la asociación con pares que consumen drogas es el principal predictor de que un adolescente inicie, continúe e incluso abuse de las drogas. De hecho, en la adolescencia, los amigos se convierten en la influencia más importante, por lo que este aspecto ha sido ampliamente documentado, en especial en el área del consumo de drogas.

Las variables individuales presentan un aporte sustancial en la predicción del consumo de drogas. En esta área se ha reportado que la depresión (Husband, Martowe, Lamb, Iguchi, Bux, Kirby y Platt, 1996) y el haber sido víctima de abuso sexual son predictores tanto del uso experimental como del consumo de sustancias. En tanto, la ideación suicida, el nivel de estrés familiar y social y un bajo rendimiento escolar son factores que predicen la experimentación y un uso moderado de drogas.

En éste sentido, Villatoro (1994) hizo una investigación para analizar los problemas psicosociales asociados con el consumo de drogas. Los resultados de su investigación fueron los siguientes:

Los consumidores de ambos sexos que habitan en comunidades urbanas del país (cuyas edades están entre los 12 y 65 años) informan más frecuentemente tener problemas psicológicos asociados al consumo de drogas.

El poliuso y la frecuencia de consumo son los factores principales que predicen la ocurrencia de problemas asociados. Específicamente, se encontró que el predictor principal de los

problemas psicológicos y familiares es el poliuso. En tanto, para los problemas de dependencia y los sociales el predictor principal es la frecuencia de consumo.

Otros factores predictores de la ocurrencia de problemas en los usuarios son el nivel educativo (menor escolaridad mayor riesgo de tener problemas de dependencia o familiares); el sexo (el ser usuario hombre implica mayor riesgo de tener problemas en el área familiar) y la edad en que el sujeto inicia su consumo (un inicio más temprano implica mayor riesgo de tener problemas en el área familiar).

Por otro lado, McMahon (1994; citado en Lee, Greely y OEI, 1999) también habla de algunos predictores en relación con los patrones de consumo de sustancias, indicando que las expectativas negativas que han tenido las personas son mejores predictores, mientras que las expectativas positivas no se consideran importantes cuando se evalúan frente o en conjunto con las negativas.

Sin embargo, otros autores sugieren que ambos tipos de expectativas juegan un papel importante en lo que se refiere al consumo de alcohol. Por ejemplo, Leigh y Stacy (1993; citado en Lee, Greely y OEI, 1999), en su estudio, encontraron que a pesar de que las expectativas negativas se correlacionan más con los índices de consumo, las expectativas positivas resultan mejores predictores de consumo. Estos resultados reflejan lo opuesto a lo que mencionan Ames y Delaney (1994; citado en Lee, Greely Y OEI, 1999), cuando sugieren que las expectativas negativas son mejores predictores para el consumo de alcohol que las positivas.

Con lo revisado hasta el momento, se pretende dar un panorama general del tema de las adicciones, que como ya se dijo y se puede ver, es un tema complejo y amplio que abarca características individuales (p. ej., cognición y conducta), ambientales (p. ej., factores culturales) y sociales (p. ej., familia y amigos). Una vez comprendidas las características generales de la conducta adictiva, se tiene la base para revisar otro aspecto importante en torno al tema: la situación de México en cuanto al consumo de drogas, para lo cual se hará referencia a los datos epidemiológicos más recientes del país.

Con ello, se verá la importancia que tiene en el país, el desarrollo de investigaciones en torno al consumo de drogas; especialmente investigaciones que ayuden a detectar casos en los que el consumo pueda ser revertido, antes de que éste evolucione a una dependencia severa; enfatizando la importancia del desarrollo de tratamientos dirigidos a consumidores moderados.

CAPÍTULO II EPIDEMIOLOGÍA

II. EPIDEMIOLOGÍA

En el presente capítulo se hará una revisión general de datos epidemiológicos del consumo de drogas en México con el fin de conocer el desarrollo de este fenómeno en el país y sus características específicas, los cuales destacarán la importancia de desarrollar tratamientos también específicos, mismos que exigen el desarrollo de instrumentos de diagnóstico eficaces, para de esta manera empezar a combatir el problema.

El fenómeno del consumo de drogas es muy complejo; en él se imbrican dimensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial, etc. Resulta difícil estudiar cada uno de sus aspectos sin tener en cuenta las implicaciones derivadas de los demás (Lorenzo et al., 1998).

En la mayoría de los países coexisten drogas aceptadas a nivel social y legalmente permitidas, tanto en producción, como en venta y consumo, junto a otras que están sancionadas (Lorenzo et al., 1998).

En relación con el consumo de sustancias adictivas, es importante recordar que existe una distinción entre lo que se considera consumo moderado y crónico, y que por lo tanto, se han desarrollado tratamientos para cada uno de éstos. Un ejemplo de ello, lo muestra la siguiente figura, la cual refleja los diferentes niveles de consumo de alcohol, el porcentaje de personas que caen dentro de ellos, así como los niveles de prevención a los que se debe recurrir según sea el caso. Esta figura, deja ver la enorme necesidad de desarrollar tratamientos de prevención secundaria, ya que si se observa el área de porcentajes, es claro que el porcentaje de bebedores problema es mayor que aquel de los que se encuentran en un nivel de dependencia.

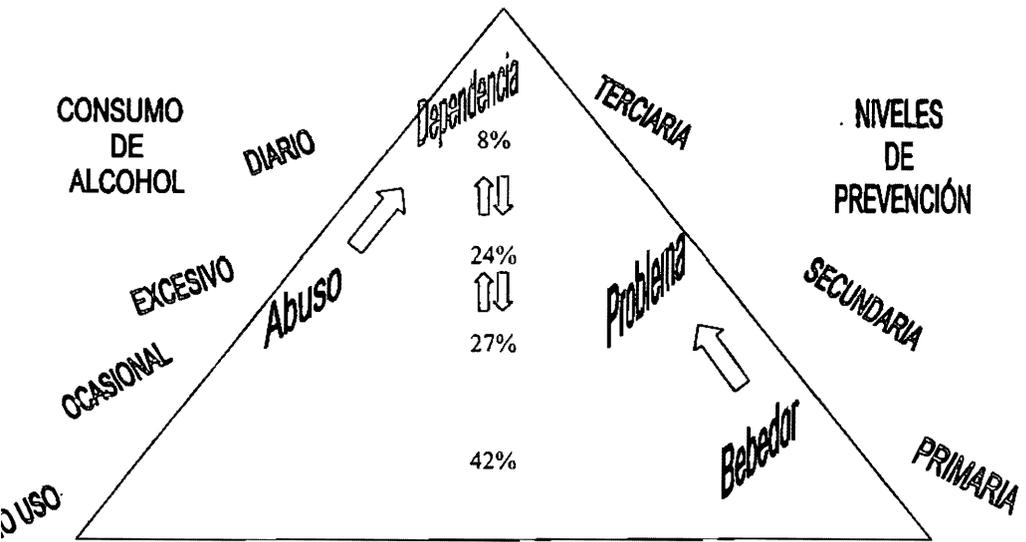


Fig. 2.1 Relación de niveles de prevención con niveles de consumo de alcohol.
Fuente: National Survey on Drugs. SSA, 1998.

Otro punto que es importante mencionar es que a pesar de que la mayoría de la población mexicana de consumidores se trata de consumidores moderados, gran parte de los tratamientos de adicciones se enfocan en consumidores crónicos (ver figura 2.2).

Prevención Terciaria

Prevención Secundaria

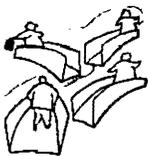
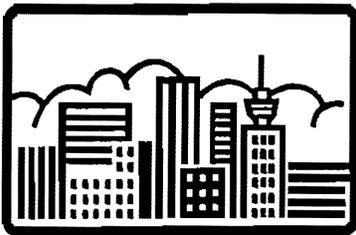


Fig. 2.2 Proporción de Tipo de Prevención por cantidad de población consumidora.

Por otro lado, el consumo de drogas se considera, desde la década de los setenta, una auténtica epidemia y uno de los más graves problemas sociosanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psíquicas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. (Lorenzo et al., 1998).

Dada la diversidad y complejidad del fenómeno de las adicciones, hasta el momento no existe un estudio que por sí mismo documente en su totalidad la magnitud y naturaleza del problema, por lo cual debe recurrirse a diversas fuentes de información para obtener un panorama general del mismo.

En México se cuenta con información epidemiológica proveniente de las encuestas nacionales, que han arrojado información sobre prevalencia y patrones de consumo, así como de variables que puedan ser causas o consecuencias del consumo de drogas y que contribuyan a identificar factores de riesgo, como accesibilidad y disponibilidad, normas sociales percibidas, actitudes y creencias en relación con diversos tipos de sustancias adictivas. Es importante revisar estos datos, para tener un panorama general de la distribución de la población que consume sustancias adictivas en este país, esto con el fin de conocer las características específicas que debe contener un instrumento de diagnóstico eficaz para el tratamiento de las adicciones a nivel de prevención secundaria.

2.1 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

La información sobre el consumo de drogas permite obtener indicadores del comportamiento de la población de interés tales como la prevalencia (total, en el último año y en el último mes) o la incidencia (número de casos nuevos reportados durante cierto periodo de tiempo). Esta variable, el comportamiento de la población blanco, da información base para programas cuyas metas se orientan a la prevención de la experimentación con drogas.

Los datos de las características sociodemográficas, hábitos de consumo y entorno social de personas que consumen y no consumen son la base para el desarrollo de programas de tratamiento específicos cuyo objetivo es la prevención del uso problemático de sustancias adictivas. Por ejemplo, se ha encontrado que los factores que predicen la experimentación son diferentes de los que predicen el uso problemático. Lo anterior refleja que si bien hay medidas preventivas "universales" que son útiles para toda la población, los grupos de alto riesgo, como los que tienen problemas requieren medidas selectivas.

Una forma de obtener este tipo de datos es a través de encuestas, una de las más completas es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que se realiza por la Secretaría de Salud y recaba información sobre el consumo de drogas ilegales. Las encuestas publicadas en 1993 y 1998 ofrecen una serie de datos que reflejan el consumo de drogas ilegales en México. A continuación se mencionarán algunos de estos datos.

Encuesta Nacional de Adicciones 1993.

La primer figura a revisar (figura 2.3) es la que muestra la prevalencia de consumo de la población mexicana según tiempo de uso, para de esta manera, tener un panorama acerca del patrón de consumo que nos permita inferir el tipo de consumo, ya sea crónico o moderado, de la mayoría de la población.

El consumo de drogas ilegales "alguna vez en la vida" se estimó en 3.9 %, lo que equivale a más de 1 millón $\frac{1}{2}$ de personas en México ($n = 1, 589, 716$) que han utilizado las drogas ilegales al menos una vez en su vida. La prevalencia fue mayor para la población masculina. Se estima que casi un 7.7% ($n = 1, 414, 035$) de hombres han consumido drogas alguna vez en la vida, mientras que sólo lo han hecho 0.8% mujeres ($n=175, 681$).

La prevalencia de consumo de drogas ilegales en conjunto durante el último año fue menor al 1%, sin embargo, al expandir la muestra puede verse que son 318, 913 los individuos que han consumido en todo el país alguna droga ilegal durante el último año. La prevalencia de uso en los últimos 30 días muestra que cerca de 200 mil personas consumieron drogas ilegales (0.4%).

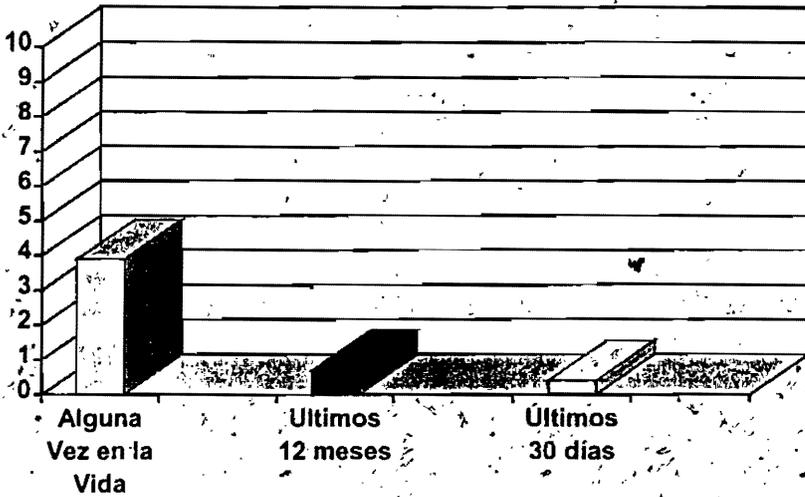


Figura 2.3 Distribución del consumo de drogas ilegales según tiempo de uso.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993

Esta figura sugiere que al caer la mayor parte de la población consumidora (3.9%) en la prevalencia de "alguna vez en la vida", la mayoría de los consumidores presentan un consumo moderado, puesto que el consumo severo radicaría en una prevalencia de los "últimos treinta días", categoría en la cual cae la minoría de los consumidores (0.4%).

Una vez revisado este punto, otro aspecto importante de conocer, es el referente a la edad que tienen la mayoría de los consumidores. Esta distribución ayuda a entender cuáles son los tipos de riesgo a quienes se deben de enfocar los tratamientos principalmente.

En la figura 2.4, la distribución por edad muestra una proporción más elevada para el grupo de 26 a 34 años (6.1%), seguido por el de 19 a 25 (4.7%) y el de 35 años o más (3.2%). Al considerar el comportamiento de los adolescentes, se estima que un 2% ha consumido por lo menos algún tipo de droga ilegal, cifra que se traduce a 200 mil jóvenes (n = 196 575). En cuanto a los usuarios de drogas en los últimos 12 meses y 30 días, las proporciones son similares en los diferentes grupos de edad.

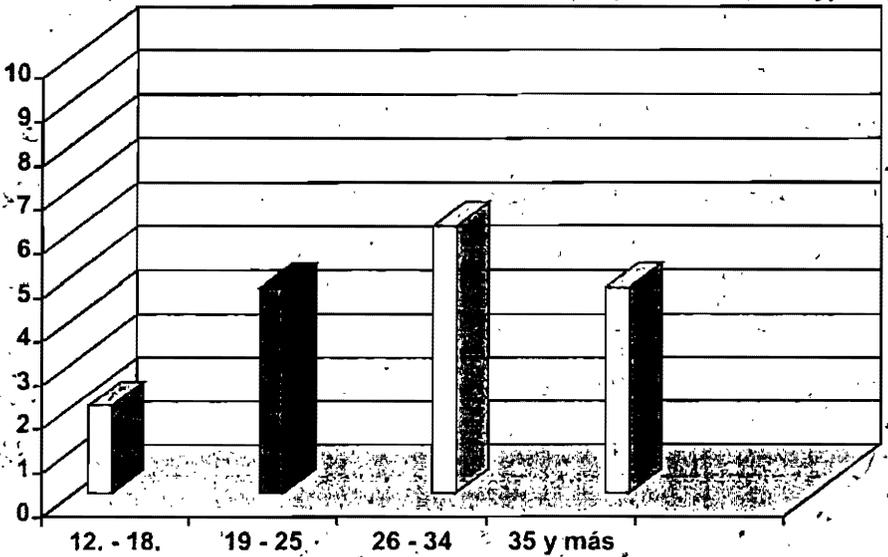


Fig. 2.4 Prevalencia del Consumo de Drogas Ilegales por edad
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993

La figura 2.4 resalta la importancia de considerar las características que presentan los consumidores en edades entre 26 y 34 años en su consumo para desarrollar tratamientos de prevención secundaria, ya que se trata de la población con el mayor porcentaje de consumo (6.1%). Cabe mencionar que el cuestionario que se adapta en este trabajo (DAST - 20), se dirige a adultos y evalúa aspectos de diferentes áreas de su vida.

Es importante añadir que cuando se observa la distribución de los usuarios de drogas ilegales (n = 1, 588, 716) según edad y sexo, se muestra que 12% son adolescentes; de ellos, 10.9% son varones y solo 1.5% son mujeres. Más de la mitad está entre los 19 y 34 años, predominando significativamente los hombres, al igual que sucede entre los grupos de mayor edad. En general, la razón es de 8 hombres por cada mujer. Esto indica que el grupo de riesgo en realidad comprende edades desde los 19 años, y en particular el sexo masculino, lo que también da pauta al desarrollo de tratamientos enfocados a consumidores con estas características.

Por otro lado, un dato de interés en la presente revisión, resulta ser aquel que hace referencia a la escolaridad de los consumidores. En el desarrollo de tratamientos de índoles cognoscitivo - conductual y de instrumentos de diagnóstico, es fundamental que el material que se dirija a los consumidores garantice su comprensión, para que de esta manera se cumpla realmente con el cometido de estos. Un instrumento de diagnóstico que no contenga preguntas claras y con un lenguaje apropiado para el nivel cultural de quien lo contesta, dudosamente estará dando un resultado válido y confiable acerca del consumo de la persona, por ejemplo, en el caso del DAST - 20 .

Con relación al consumo de drogas ilegales y escolaridad, se muestran altos índices entre los niveles básicos de educación (33.5% en primaria y 29% en secundaria). Sin embargo, hay que señalar que más de una cuarta parte de los consumidores de drogas ilegales ha alcanzado el bachillerato y el 11% el nivel profesional.

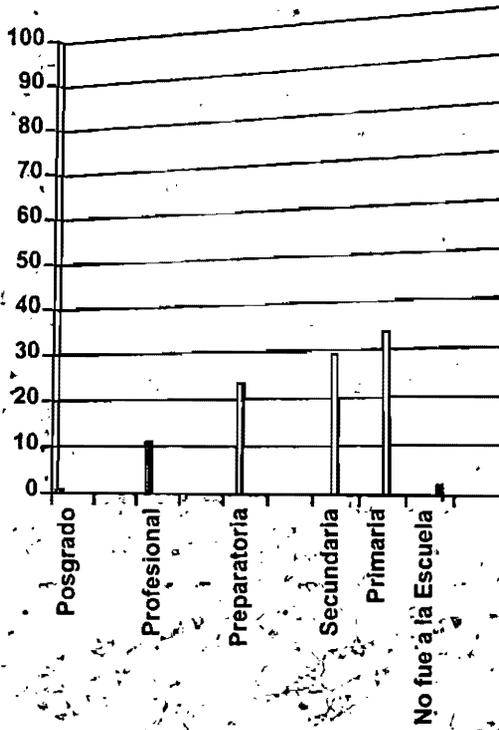


Fig. 2.5 Distribución de Usuarios de Drogas Ilegales según escolaridad
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993

Los datos de la figura 2.5 ayudaron en la decisión de considerar población desde niveles de educación básica (primaria y secundaria) para la adaptación del cuestionario, puesto que la mayor parte de los consumidores se encuentran dentro de estas categorías; sin dejar fuera a los consumidores sin estudios, de los cuales, aunque en muy poca medida se registraron en la ENA, existen en el país.

En la ENA también se menciona que un tercio de los hombres consumidores son estudiantes de primaria o secundaria (29.5%) y cerca del 12 % son profesionistas o han realizado un posgrado. Del grupo de varones jóvenes, la máxima escolaridad fue, como era de esperarse por su edad, de niveles básicos (primaria y secundaria). La escolaridad de las usuarias fue similar a la de los hombres: un tercio tiene primaria, el 20% secundaria, el 28% preparatoria, y un 3.3% cuenta con posgrado.

Otra de las figuras que ofrecen datos interesantes para la presente investigación, es la figura 2.6, que se refiere al estado civil de los consumidores, puesto que de esta manera se observará si existe algún patrón predominante que coincida con el factor de factores familiares que explora el DAST 20, en la población estudiada para la adaptación del mismo.

La distribución por estado civil muestra proporciones semejantes, tanto en solteros (42.7%) como en casados (43.8%), el 8.1% de los primeros vive en unión libre.

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE DROGAS ILEGALES SEGUN ESTADO CIVIL

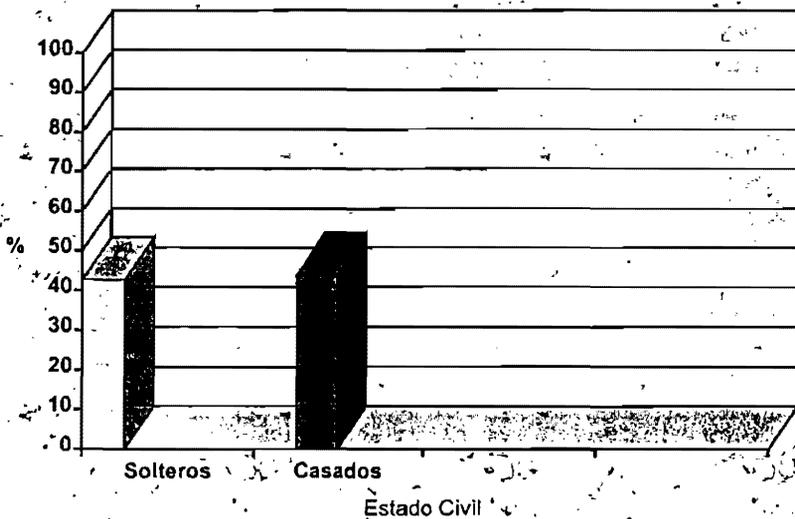


Fig. 2.6 Distribución de Usuarios de Drogas Ilegales según estado civil.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993

Por otro lado, la figura 2.7 muestra los datos referentes al porcentaje de consumidores empleados y desempleados, lo que va de la mano con problemas laborales o sociales, de los cuales, el DAST 20 puede dar un índice, al comprender algunos reactivos que evalúan este factor.

El 81% de los consumidores de drogas ilegales está empleado; en cuanto a edad, se concentran principalmente entre los 19 y 34 años de edad. Sólo el 7% son desempleados, proporción que resulta significativamente distinta del consumo estimado entre los empleados. El grupo que está sin trabajo en su mayoría es población joven (entre 19 y 25 años). El 5% de los estudiantes está entre los grupos más jóvenes, y solamente el 2.5% de los que han usado drogas ilegales no tiene educación formal.

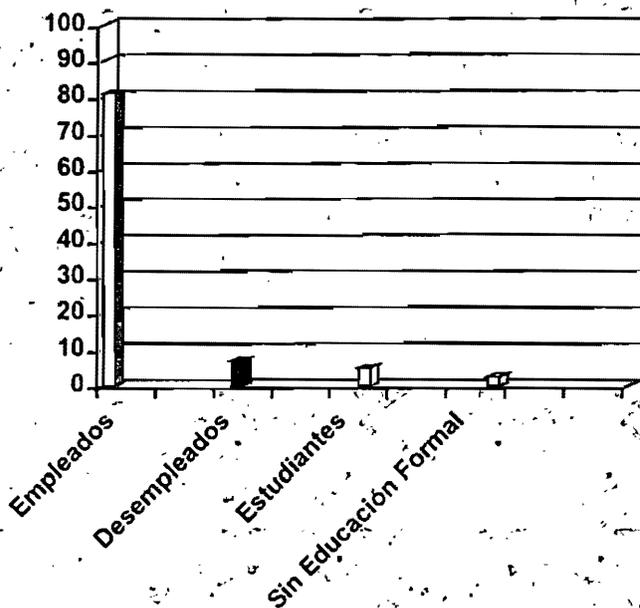


Fig. 2.7 Usuarios de Drogas ilegales según ocupación
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993

Respecto a la variable ocupación, más del 80% (85.4%) de los varones señaló ser empleado; el 8% fueron desempleados y el 4% estudiantes. En el grupo de 12 a 18 años, como era de esperarse, según su edad, la mayor proporción es de estudiantes. El 43% de las mujeres están empleadas o dedicadas al hogar; una mayor proporción respecto al sexo masculino se presentó en la categoría de estudiante (14.2%), distribuida entre los 12 y 25 años.

Encuesta Nacional de Adicciones de 1998.

Una vez revisada la ENA de 1993, a continuación se revisarán algunos datos de la ENA de 1998, con el fin de tener un panorama más actual del consumo de sustancias adictivas en México, y de ésta manera hacer una comparación implícita de la incidencia de consumo cinco años después. Cabe señalar que los datos aquí incluidos no hacen una revisión exhaustiva de dicha encuesta, ni son todos los datos epidemiológicos acerca del consumo de drogas con los que se cuenta en el país. Por ejemplo, se cuenta con investigaciones epidemiológicas que se refieren a poblaciones específicas, como niños de la calle o adolescentes.

La ENA 1998 proporciona estimaciones de prevalencia del consumo en la población entre 12 y 65 años que habita en regiones urbanas. El diseño permite obtener datos para población adolescente (12 a 17 años) y adulta (18 a 65 años) a nivel nacional y para tres regiones (Norte, Centro y Sur) e incluye información de ciudades de frontera norte (Tijuana, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua, y Matamoros, Tamaulipas); y de tres grandes áreas metropolitanas (ciudad de México, Guadalajara y Monterrey).

Algunos datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998, en los que se refleja el consumo de drogas ilegales en México permiten hacer una comparación con los datos obtenidos en 1993.

La primer figura que resulta interesante revisar es la que muestra la prevalencia de consumo en la población urbana. El tipo de consumo nos puede ilustrar qué proporción de consumidores experimentales, ocasionales y cotidianos, existe en el país.

En cuanto a prevalencia, se obtuvo que el 5.27% de la población urbana de 12 a 65 años ha consumido alguna vez en la vida drogas ilegales, lo que equivale aproximadamente a 2 y medio millones de personas. El uso en el último año fue reportado por 1.23% de la población urbana de 12 a 65 años de edad, lo que representa más de medio millón de individuos. Sólo el 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el mes previo a la entrevista, lo que equivale a 398, 081 personas.

En la figura 2.8 se observa que aunque la mayor proporción de consumidores se ubican el "alguna vez en la vida", y la menor en "durante el último mes", en las tres categorías, ha aumentado la proporción de consumidores de 1993 a 1998. Esto sugiere que la población de consumidores ha aumentado. La distribución del tipo de consumo también puede verse reflejada en la población estudiada para la adaptación del DAST 20.

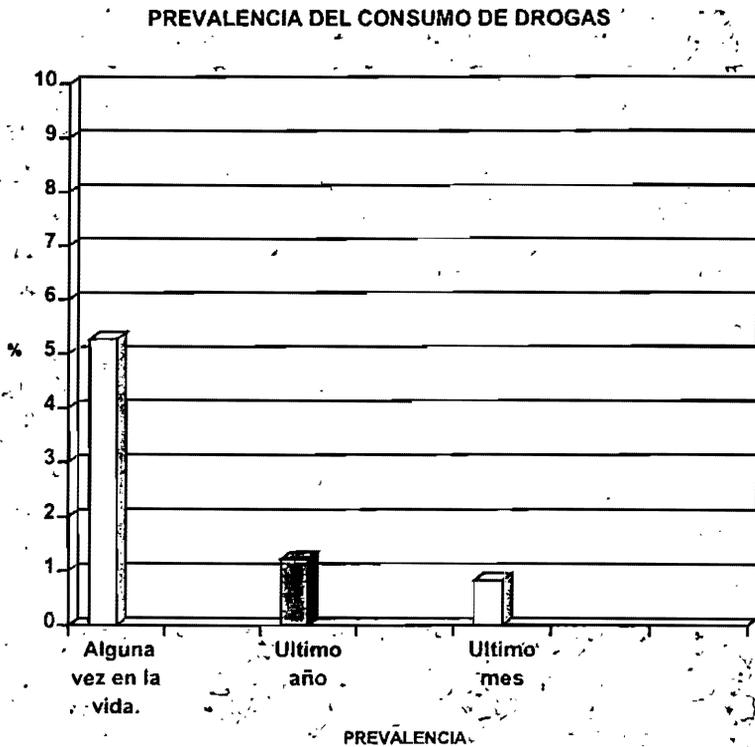


Fig. 2.8 Prevalencia del Consumo de Drogas
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Una revisión más exhaustiva de la prevalencia de consumo puede hacerse al examinar el porcentaje de consumidores en cada categoría por edad y sexo. De ésta manera se verá que tan importante es tomar en cuenta ambas características o alguna de ellas, en el desarrollo de tratamientos e instrumentos de diagnóstico de consumo de drogas.

Tabla 2.1. PREVALENCIA DE USO DE DROGAS ILEGALES* POR EDAD Y SEXO

(*Marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína).

SEXO	EDAD	"Alguna vez" %	"Último Año" %	"Último mes" %
Hombres				
	12 -17	3.57	2.14	1.40
	18 - 34	15.61	4.07	2.72
	35 - 65	10.65	1.12	0.85
	<i>Subtotal</i>	11.09	2.62	1.78
Mujeres				
	12 -17	0.60	0.45	0.31
	18 -34	1.18	0.20	0.13
	35 -65	0.62	—	—
	<i>Subtotal</i>	0.87	0.18	0.12
Total		5.27	1.23	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

En la tabla 2.1 se observan marcadas diferencias por género: mientras un 11.09% de los hombres consumió alguna vez, sólo lo hicieron el 0.87% de las mujeres, lo que significa que por cada mujer que usó drogas hay aproximadamente 13 hombres que lo hicieron.

El 2.62% de los varones y el 0.18% de las mujeres consumieron drogas en los últimos 12 meses, lo que equivale a que por cada mujer, lo hicieron 14 hombres. El 1.78% de los varones y el 0.12% de las mujeres usaron drogas en el último mes. Esto significa que por cada 15 hombres, una mujer usó drogas en ese periodo.

Esta marcada diferencia por género, nos indica que si bien en las tres categorías es mayor la proporción de hombres, en la categoría de "alguna vez en la vida" la diferencia es menor, con lo que se sugiere que es más común encontrar consumidoras moderadas o experimentales del sexo femenino que con un consumo crónico o más cotidiano.

Entre los menores de 18 años, 204, 327 han probado alguna droga ilícita. El grupo de edad en el que se observa mayor consumo de drogas entre los varones es el de 18 a 34 años, que representa aproximadamente 1, 300, 000 individuos.

Los datos referentes a edad indican claramente que la población de riesgo es población joven, por lo que es bueno que los instrumentos de diagnóstico de consumo de drogas que se desarrollen, se enfoquen a las características de éste tipo de población.

A continuación se hace la revisión de la figura 2.9, con los datos de prevalencia de consumo de drogas por sexo, que ofrece la ENA 1998:

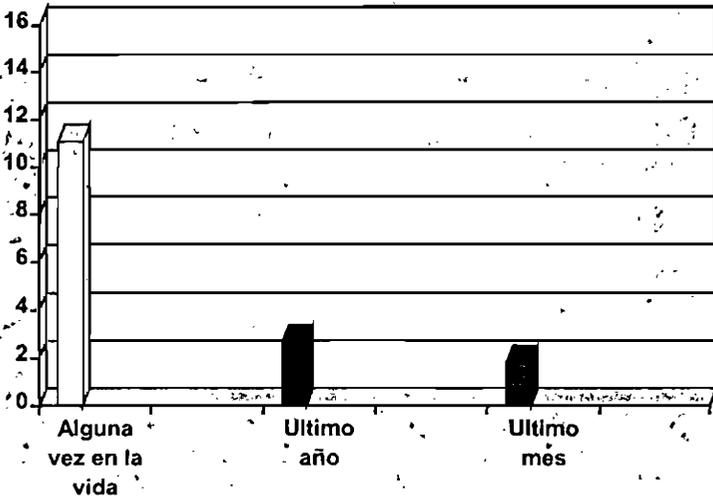


Fig. 2.9 Prevalencia de Consumo en Población Masculina
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

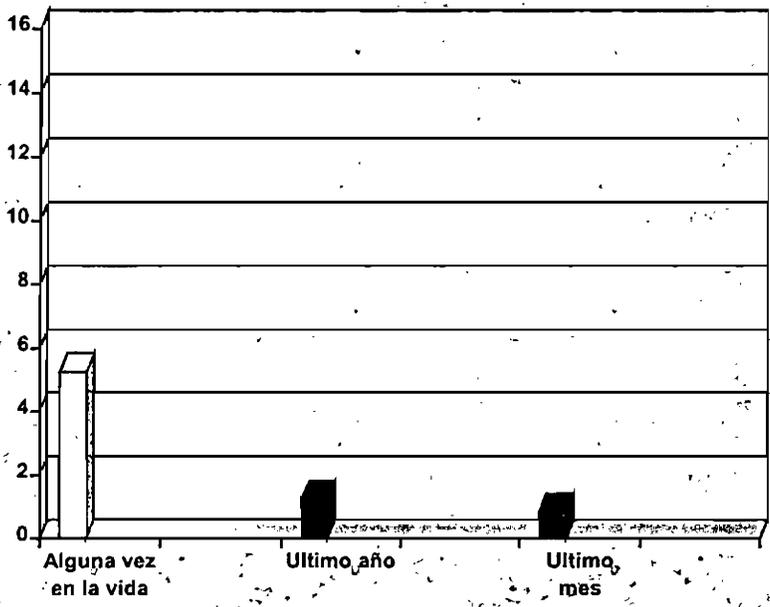


Fig. 2.10 Prevalencia de Consumo en Población Femenina
 Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

La ENA de 1998, ofrece datos más completos en cuanto a la prevalencia de consumo. Un ejemplo de ello es la revisión del consumo "alguna vez en la vida", por tipo de droga, edad y sexo. Con esto se puede ver cuál de las sustancias es más consumida, y cuál de ellas es más consumida por cierto tipo de población (de determinada edad o sexo).

Tabla 2.2 CONSUMO ALGUNA VEZ POR TIPO DE DROGA, EDAD Y SEXO

SEXO	EDAD	mariguana %	cocaína %	inhales %	alucinógenos %	heroína %
Hombres	12 – 17	2.47	0.99	1.08	0.19	0.07
	18 – 34	14.42	4.81	2.52	0.62	0.25
	35 – 65	9.81	2.05	1.11	1.21	0.26
	<i>Subtotal</i>	10.40	2.97	1.70	0.72	0.21
Mujeres	12 – 17	0.45	0.22	0.20	0.06	0.01
	18 – 34	0.79	0.56	0.17	0.18	—
	35 – 65	0.62	—	—	—	—
	<i>Subtotal</i>	0.66	0.29	0.11	0.09	0.00
Total		4.70	1.45	0.80	0.36	0.09

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

En la tabla 2.2 se observa que la mariguana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con una prevalencia de 4.70%, lo que representa más de dos millones de personas que dijeron haberla usado alguna vez.

El uso de mariguana es tres veces mayor que el de cocaína, ya que ésta fue usada alguna vez por sólo 1.45% de la población, es decir, casi 700, 000 personas.

La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhales.

Los alucinógenos y la heroína son las drogas con menores índices de uso *alguna vez* (0.36% y 0.09% respectivamente); los que las han probado tienden a ser varones y de mayor edad.

La figura 2.11 representa los datos mencionados anteriormente.

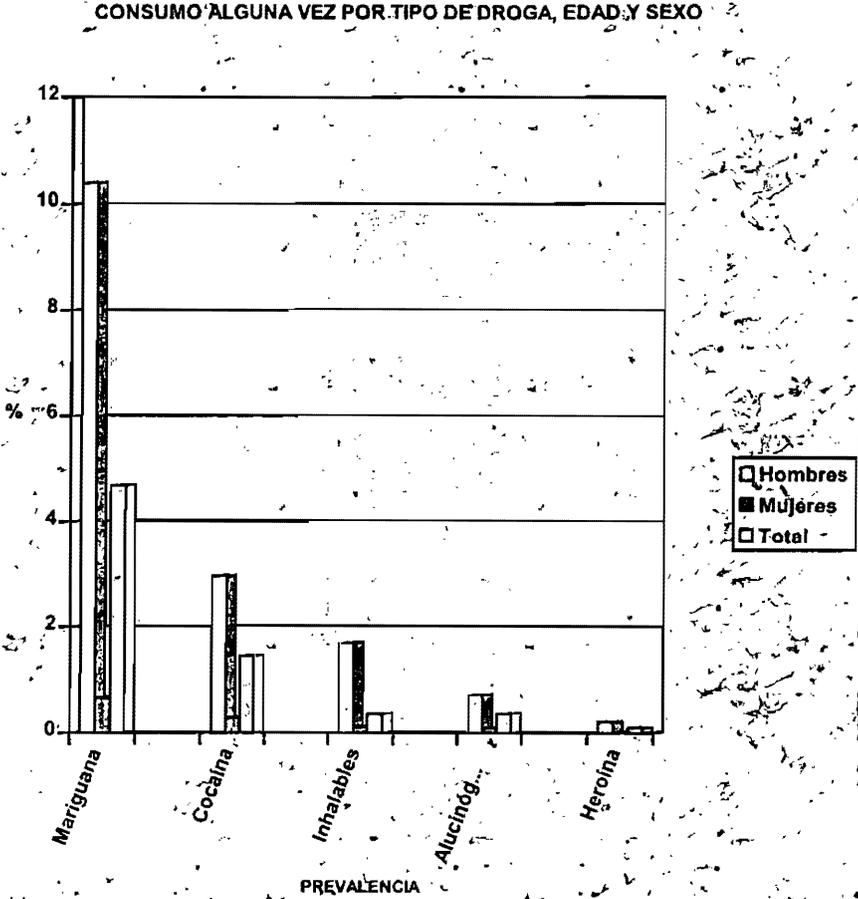


Fig. 2.11 Consumo Alguna Vez por tipo de droga, edad y sexo

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Dentro de este ámbito, una revisión más exhaustiva y complementaria a la anterior, se hace con los datos del consumo de algún tipo de droga y prevalencia de dicho consumo. Lo que se resume en la tabla 2.3.

Tabla 2.3 CONSUMO POR TIPO DE DROGA ALGUNA VEZ, ÚLTIMO AÑO Y ÚLTIMO MES

Tipo de droga	Alguna vez %	Último año %	Último mes %
Mariguana	4.70	1.03	0.70
Cocaína	1.45	0.45	0.21
Inhalables	0.80	0.15	0.09
Alucinógenos	0.36	0.03	---
Heroína	0.09	0.02	---
Cualquier droga ilegal	5.27	1.23	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

En la tabla 2.3 se puede observar que el consumo en el último año de cualquier droga sólo fue registrado en el 1.23% de la población estudiada por la ENA, lo que representa menos de la cuarta parte de los que consumieron alguna vez en la vida (5.27% de la población). El consumo en el último mes, por su parte, fue menor al 1% de la población (0.83%).

Nuevamente la mariguana es la principal droga usada en los últimos doce meses y en los últimos treinta días, seguida por la cocaína. Los inhalables ocupan el tercer lugar de preferencia, con proporciones de 0.15% que los que consumieron en el último años y de 0.09% en los últimos treinta días. Esto se puede observar en las figuras 2.12 y 2.13.

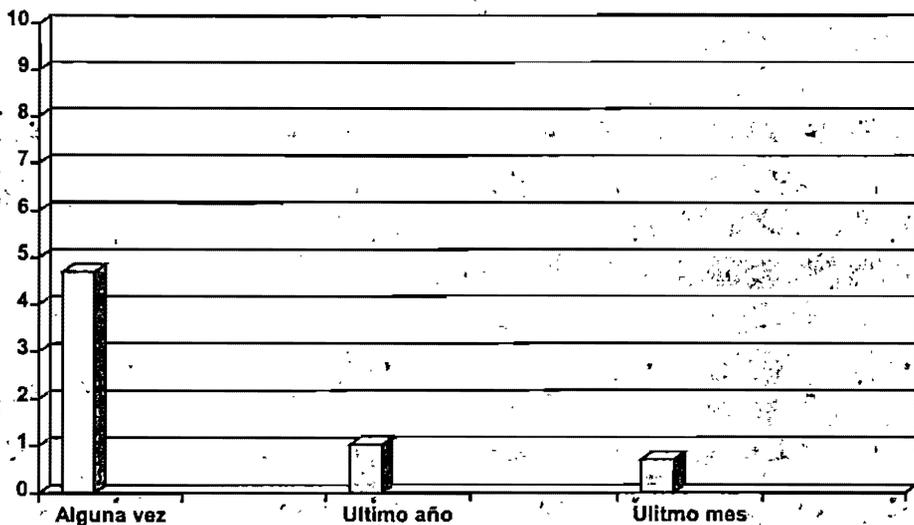


Fig. 2.13 Prevalencia del Consumo de Marihuana

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

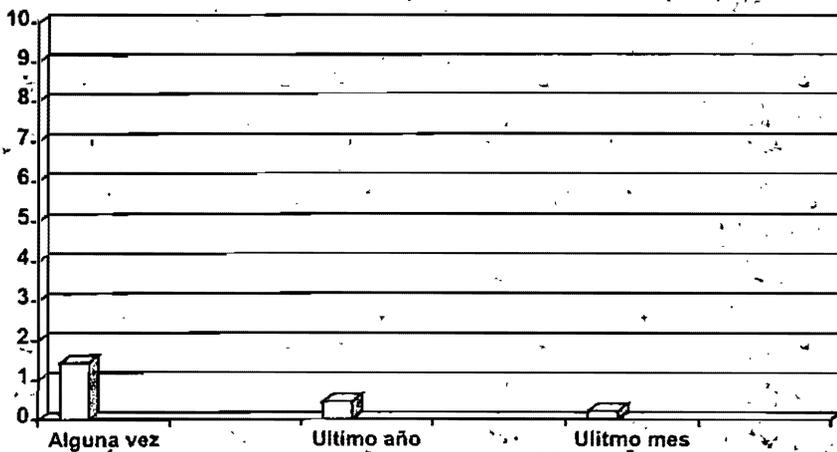


Fig. 2.13 Prevalencia del Consumo de Cocaína

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Comparación de los datos ENA 1993 Y 1998.

Al comparar los resultados de las mediciones 1993 y 1998, las prevalencias por tipo de droga encontradas a nivel nacional del uso alguna vez, último año y últimos mes, se observa que la cocaína es la droga que registra los incrementos más importantes, al casi triplicarse el consumo alguna vez y duplicarse el del último año; también, el uso en el último mes aumentó en 1998.

La experimentación y el uso actual o del último mes de marihuana también se elevó significativamente entre las dos últimas encuestas. Aumentó ligeramente la proporción de los que usaron alguna vez inhalables; en cambio no fue reportado el uso de heroína en el último mes en 1993 ni en 1998. Esto puede apreciarse en la tabla 2.4 y la gráfica 2.14.

Tabla 2.4 TENDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS POR TIPO DE SUSTANCIA

Tipo de droga	Alguna vez		Último año		Último mes	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Inhalables	0.50	0.80	0.17	0.15	0.11	0.09
Marihuana	3.32	4.70	0.58	1.03	0.32	0.70
Cocaína	0.56	1.45	0.22	0.45	0.09	0.21
Alucinógenos	0.22	0.36	0.04	0.03	0.02	----
Heroína	0.07	0.09	0.03	0.02	----	----
Cualquier droga ilegal	3.90	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

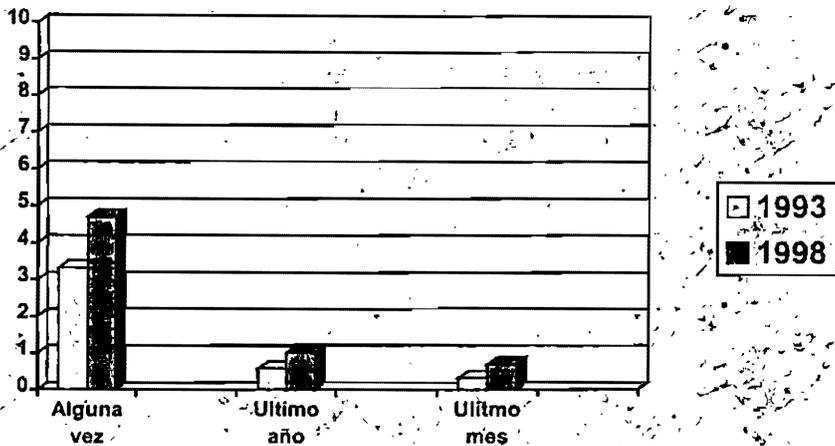


Fig. 2.14 Comparación del Consumo de Marihuana 1993 - 1998
 Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Las variaciones por sexo entre 1993 y 1998 indican que entre los hombres aumentó el consumo de manera marcada. Mientras en 1993 aproximadamente 7 de cada cien varones habían consumido alguna droga ilícita, en 1998 esta proporción creció hasta más de 11 de cada cien. Mientras que en 1993 por cada mujer que usó drogas había 9 hombres, en 1998 esta relación pasó a 13 hombres por 1 mujer (ver figura 2.15)

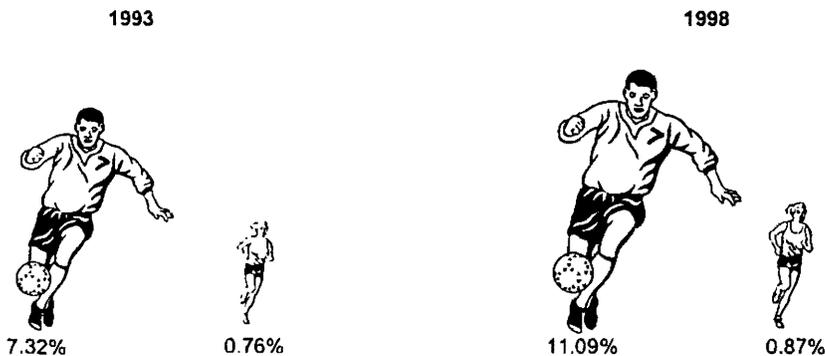


Fig. 2.15 Aumento en la Distribución de Consumidores por sexo de 1993 a 1998.

Aquí se observa claramente que la población de mayor riesgo es la del sexo masculino. Si bien en ambos sexos se presentó un aumento en la prevalencia de consumo, el aumento en los varones fue más significativo que en las mujeres. De esta manera, se puede ver que los datos de adaptación de un instrumento de diagnóstico de drogas deben provenir de una muestra de consumidores de ambos sexos, pero también se requiere que en esta muestra, el porcentaje mayor de la población sea de varones.

Por otro lado, se encuentran entre 1993 y 1998 grandes aumentos del uso alguna vez de drogas en la ciudad de México, donde casi se duplicó la proporción de los que dijeron consumir alguna vez las principales drogas. En Tijuana aumentó alrededor del 45%; Ciudad Juárez y Monterrey mostraron también esa tendencia (ver tabla 2.5).

Tabla 2.5 Tendencias del Consumo de Drogas por Ciudades (1993 y 1998)

Consumo	Tijuana		Cd. Juárez		Matamoros		Monterrey		Cd. México		Nacional	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
Alguna Vez (%)	10.12	14.73	8.95	9.20	5.80	3.62	2.86	4.19	3.98	7.28	3.90	5.27
Último Año (%)	2.02	4.39	2.70	1.56	2.43	0.58	0.36	1.30	0.86	1.40	0.75	1.23
Último Mes (%)	0.74	3.85	1.77	1.20	0.36	0.58	0.16	1.09	0.49	0.95	0.44	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA., 1998

Este dato resulta interesante, ya que confirma que el fenómeno del consumo de drogas crece en nuestra ciudad, y por lo tanto, es un sustento más para justificar el desarrollo de instrumentos de diagnóstico y tratamientos enfocados a dicho fenómeno. Además sugiere la extensión de estos estudios a otras ciudades del país en las que el consumo de drogas también resulta ser un problema.

Es importante identificar a través del tiempo qué grupos de la población están en mayor riesgo de consumo de drogas, no sólo en cuanto al género, sino también de acuerdo con su edad. El incremento de consumo en los varones se presenta de manera significativa entre los 35-65 años de edad (87%), seguidos por los de 18-34 años, quienes tuvieron casi un 50% de aumento entre

1993 y 1998. De aquí la necesidad de que el presente estudio incluya en su muestra usuarios de drogas de todas las edades (siempre y cuando sean mayores de edad).

Mientras que en 1993 había en el país 23 hombres por cada mujer que usaron alguna droga ilegal en los 30 días previos a la encuesta, en 1998 esta relación fue de 15 a 1. En los hombres, el consumo en el último mes se incrementó en más del 90% entre 1993 y 1998; entre las mujeres, aunque su consumo siempre es menor que el de los hombres, en 1998 se triplicó la proporción de usuarias, especialmente entre los 12 y 17 años de edad, que representan al grupo mayoritario de consumidoras en el último mes. Este grupo de edad en el sexo femenino no había registrado casos de uso en el último mes en el estudio de 1993 (ver tabla 2.6).

Tabla 2.6 Tendencias del Consumo de Drogas por Grupos de Edad y Sexo

HOMBRES

edad	Alguna Vez		Último Año		Último Mes	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
12 - 17	3.00	3.57	1.13	2.14	0.63	1.40
18 - 34	10.57	15.61	2.49	4.07	1.51	2.72
35 - 65	5.68	10.65	0.51	1.12	0.35	0.85
subtotal	7.32	11.09	1.51	2.62	0.92	1.78

MUJERES

edad	Alguna Vez		Último Año		Último Mes	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
12 - 17	0.43	0.60	0.13	0.45	--	0.31
18 - 34	1.03	1.18	0.15	0.20	0.04	0.13
35 - 65	0.55	0.62	0.07	--	0.05	--
subtotal	0.76	0.87	0.12	0.18	0.04	0.12

Total	3.90	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones. SSA, 1993

Lo que cabe destacar de este cuadro, es la necesidad de incluir en el estudio mujeres consumidoras, aunque no sea en la misma proporción que los varones. De ésta manera, se logrará hacer una verdadera adaptación del instrumento a la población mexicana, puesto que no se estará excluyendo ninguna característica sociodemográfica relevante de este tipo de población.

En resumen los resultados de la ENA 1998 y su comparación con las encuestas realizadas en 1993 indican que se registró un aumento, especialmente en los últimos 5 años, tanto del consumo experimental, o de alguna vez en la vida, como del último año y del uso actual o del último mes. La marihuana sigue siendo la principal droga consumida. Las sustancias que le siguen en importancia presentan proporciones mucho menores. Tal es el caso de los inhalables, que ocupaban el segundo lugar en 1988 y en los siguientes estudios fueron desplazados por la cocaína, cuyo aumento es notable. Estos tres tipos de sustancia son los más consumidos.

Hay una gran diferencia entre la cantidad de individuos que han probado drogas y los que continúan haciéndolo. También se observa que se ha incrementado más el uso entre los varones que entre las mujeres. En ciertas regiones y en algunas ciudades analizadas específicamente se observan aumentos notables, como en la ciudad de México, Ciudad Juárez y Tijuana.

Con toda esta información se identifican los grupos de población en riesgo y las sustancias que son consumidas con mayor frecuencia, con lo cual se puede lograr el desarrollo de tratamientos específicos y eficaces que apunten hacia los problemas y los individuos indicados.

El panorama general del consumo de drogas en México, permite ver la urgencia de desarrollar investigaciones que combatan este fenómeno. Dentro de estas investigaciones es fundamental contar con instrumentos precisos que detecten casos particulares con sus características individuales, para de esta manera, ayudar a solucionar el conflicto subyacente, que posteriormente llevará los resultados a la población en general.

CAPÍTULO III
DRUG ABUSE SCREENING TEST
(DAST - 20)

III. DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST 20)

3.1 IMPORTANCIA DE LA MEDICIÓN EN ADICCIONES

Una prueba psicológica es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Con las pruebas psicológicas se hacen observaciones sobre una muestra pequeña, pero cuidadosamente elegida, es decir, representativa, de la conducta del individuo. La función de las pruebas psicológicas ha sido medir las diferencias entre individuos o entre las reacciones de la misma persona en circunstancias distintas (Anastasi y Urbina, 1998).

Es importante mencionar que las pruebas psicológicas se usan en diversas ramas de esta ciencia tanto para diagnóstico (profesionalmente) como para medir la variable dependiente en investigación. Anastasi y Urbina (1998), señalan ejemplos de los diferentes usos de los instrumentos psicológicos, de los cuales se citarán algunos.

Por una parte, se encuentra el uso de las pruebas psicológicas en el ejercicio de la Psicología Aplicada, que involucra varias áreas. Los usos clínicos incluyen el examen de personas con trastornos emocionales graves y otros problemas de conducta. Las escuelas se cuentan entre los principales usuarios, ya que les permiten por ejemplo clasificar a los niños según su capacidad para beneficiarse de las diferentes formas de instrucción escolar o para brindar asesoría educativa y vocacional a los estudiantes, entre otras cosas. La selección y clasificación del personal industrial es otra aplicación fundamental de las pruebas psicológicas.

Por otro lado, señalan que las pruebas también cumplen funciones importantes en la investigación básica. Por ejemplo, en casi todos los problemas de psicología diferencial se aplican tests para obtener datos, como ocurre con los estudios sobre la naturaleza y el grado de las diferencias individuales, la organización de los rasgos psicológicos, la medición de las diferencias grupales y la identificación de los factores biológicos y culturales asociados con las variaciones conductuales. En todas estas áreas de investigación –como en muchas otras- es fundamental la medición precisa de las diferencias individuales que las pruebas bien formuladas hacen posible. Del mismo modo, las pruebas psicológicas proporcionan herramientas estandarizadas para investigar problemas tan diversos como los cambios que sufre el individuo a lo largo del ciclo del desarrollo, la eficacia relativa de distintos procedimientos educativos, los resultados de la psicoterapia, el impacto de los programas comunitarios y la influencia de las variables ambientales en el desempeño.

Esto último conduce a revisar el papel que desempeñan los instrumentos de medición en la investigación sobre adicciones, en cuanto a si existe la necesidad de contar con éstos y hasta dónde se ha llegado en la evaluación de la conducta adictiva.

Gavin et al. (1989), mencionan que es muy importante contar con métodos prácticos y válidos que identifiquen a los individuos que abusan de sustancias psicoactivas. Esto es especialmente necesario en los programas de intervención temprana que se establecen en diversos escenarios, como aquéllos del cuidado de la salud (p. ej., hospitales o centros familiares), del sistema educativo y de justicia, y en el lugar de trabajo.

Por su parte, Medina – Mora (1994) dice que una de las dificultades más importantes que enfrentan los estudiosos del problema de las adicciones es la selección del tipo de instrumentos que van a utilizar para abordar las cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias. La decisión debe basarse en un claro entendimiento del objeto de estudio. Interesa conocer: el nivel de consumo de una población, cómo consume las sustancias disponibles y qué tipo de problemas presentan, cuáles son las funciones del consumo, sus aspectos positivos y negativos, si es necesario estudiar sólo al consumidor problemático, al dependiente o al adicto, el uso de sustancias psicotrópicas como factor de riesgo para otros trastornos.

En el campo de la investigación sobre adicciones se ha estudiado el consumo de alcohol, y debido a que algunos autores encontraron dificultades en la definición de alcoholismo (Selzer et al., 1971), se propuso como método para encontrar una definición y una discriminación apropiada sobre la conducta y las consecuencias de adicción al alcohol, el uso de cuestionarios que preguntaran sobre la presencia o ausencia de ciertas características y consecuencias en la conducta de beber alcohol.

En México, explica Medina – Mora (1994), los primeros estudios que evaluaron los patrones de consumo de alcohol en la población general se llevaron a cabo en la primera mitad de la década de los setenta; utilizaron el índice cantidad – frecuencia – variabilidad (QFV). La pertinencia de esta forma de definir los patrones de consumo fue evaluada por Medina – Mora y Terroba (1980; citado en Medina – Mora, 1994) quienes encontraron una correlación positiva entre el puntaje del consumo de alcohol y el de los problemas relacionados con la ingesta. Se ha encontrado también que mediante la creación de estos conceptos, se explican mejor las medidas continuas (p. ej., la cantidad de alcohol absoluto consumido al mes), las tasas de problemas asociados al consumo en la población mexicana. Ha resultado útil, además, para realizar comparaciones transculturales (Caetano y Medina – Mora, 1988; citado en Medina – Mora, 1994).

Al extenderse la investigación en adicciones, se abordó el estudio del consumo de drogas ilegales, por lo que autores como Skinner y Goldberg (1986), señalan que se debe hacer un diagnóstico diferencial de problemas por alcohol y por drogas para atender las necesidades del paciente con el mejor tratamiento. Añaden que es importante distinguir un síndrome de dependencia central de otros problemas relacionados con la bebida.

En relación con esto, se puede mencionar que Edens y Willoughby (1999), al hacer una investigación comparativa sobre los estilos motivacionales de los consumidores de alcohol y los poliusuarios de drogas, mencionan que a pesar de que es fácil suponer que los perfiles de los consumidores de alcohol y los poliusuarios pueden ser similares, se ha encontrado que los poliusuarios difieren de los dependientes al alcohol, en diversas formas clínicamente significativas. Por ejemplo, encontraron que las personas que consumen más de una droga, por lo general, demuestran estar más abrumadas con la idea de que su estilo de vida cambiará al dejar de consumir por completo las sustancias. Además, los poliusuarios suelen demostrar medidas más bajas de auto – eficacia, que las personas que solamente consumen alcohol, siendo que aquéllos tienen niveles más altos de deseo de consumo al recordar el uso de la sustancia en comparación con los consumidores de alcohol.

Una vez entendida la necesidad de contar con instrumentos de medición específicos del consumo de drogas ilegales, cabe señalar lo que hasta el momento se ha hecho al respecto. Para ello, viene a bien revisar la reseña que Medina – Mora (1994) hace respecto al tema.

Esta autora menciona que los indicadores usuales para evaluar los patrones de consumo de otras drogas incluyen el número de veces que se ha consumido la sustancia. Esta variable es de especial utilidad para evaluar aquellas drogas cuyo uso no está muy extendido, cuyo consumo se ha iniciado recientemente, o que se usan esporádicamente (como en el caso de los alucinógenos). Es también común interrogar sobre la frecuencia de uso en los últimos 30 días, lo cual es útil para las drogas que se consumen con mayor frecuencia como la marihuana; o aún el número de veces que se consume al día; es recomendable siempre utilizar todos los indicadores a fin de comparar patrones de consumo entre las diferentes drogas.

Una de las medidas más objetivas para determinar el consumo de sustancias es la medición de sus metabolitos en los fluidos biológicos. Da cuenta de la presencia de la sustancia en el momento que se toma la muestra, generalmente de orina. Este indicador no es útil para determinar el consumo crónico, ni el nivel de dependencia o de problemas (Medina – Mora, 1994).

Existen diversas formas para evaluar las normas sociales en torno al consumo, que permiten entender la especificidad sociocultural de los problemas y las variaciones en los patrones

de consumo en diferentes grupos sociales. Un método interesante, dentro de este tipo de medición, es el método del informante, en el cual un grupo representativo de la comunidad contesta en conjunto un cuestionario, buscando (hasta donde es posible) un consenso. Este tipo de método ayuda a obtener información muy útil sobre las normas y actitudes de la comunidad frente al uso de drogas (Medina – Mora, 1994).

Por último, Medina – Mora (1994) hace un apartado para otro tipo de medición que se ha utilizado ampliamente en los últimos años, en el estudio de la conducta adictiva. Se trata precisamente de los instrumentos de tamizaje, de definición de casos y de diagnóstico, los cuales pretenden calificar un tipo de consumo problemático o dependiente. A continuación se mencionarán las principales características de cada uno de estos tres tipos de instrumento, y se mencionarán algunos de los instrumentos más utilizados.

- Instrumentos de tamizaje.

El tamizaje es un proceso breve que intenta explorar si existe un problema relacionado con el abuso de alguna sustancia, y si se requiere referir el caso para profundizar en su estudio o intervención. De la Fuente (1992; citado en Medina – Mora, 1994) establece una comparación interesante entre las estrategias que deben seguirse si el objeto de estudio es: 1) la población abierta, ó 2) si se trata de poblaciones en riesgo. En el primer caso, el objetivo es identificar los casos de consumo, por lo que se buscan instrumentos de tamizaje con alto nivel de sensibilidad, es decir, que detecten pocos falsos negativos(que no se detecten personas con un consumo problemático). En el segundo caso, poblaciones en riesgo, se busca descartar casos mediante instrumentos como pueden ser los marcadores biológicos, con alto nivel de especificidad, o sea, que detecten pocos falsos positivos (personas que no tiene un consumo problemático y sean diagnosticadas como tal).

Por ejemplo, la identificación de los bebedores problema tiene sentido en la medida que puede prevenirse el curso de la enfermedad antes que llegue a un punto irreversible. Se enfoca a los bebedores no dependientes que están empezando a experimentar efectos adversos del alcohol, como problemas en el trabajo (menor rendimiento, ausentismo, etc.), sociales (arrestos relacionados con el alcohol, problemas maritales, separaciones, etc.), o físicos (accidentes, enfermedades, etc.). Esto es importante, ya que la detección de estas personas es más difícil que la de aquéllas que ya son dependientes.

Se dispone de gran cantidad de instrumentos desarrollados para identificar trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Probablemente el instrumento más conocido sea el MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) (Selzer, 1971); también el MALT (Test de Alcoholismo de Munich) se ha utilizado en México y en otros países de habla hispana (Goree y cols., 1986; citado en Medina – Mora, 1994) con resultados interesantes; estos instrumentos fueron diseñados para detectar los casos más graves, más que el consumo en personas en riesgo. Otros instrumentos de tamizaje para detectar un consumo problemático de alcohol, son: el SAAST (De la Fuente y cols, 1982; citado en Medina – Mora, 1994), el CAGE (Smart y cols., 1991; citado en Medina – Mora, 1994) y el AUDIT, que ha sido usado en México (Babor y De la Fuente, 1989; De la Fuente y Kershenovich, 1992; citado en Medina – Mora, 1994).

En cuanto a las pruebas de tamizaje sobre el consumo de drogas ilegales, se encontró en la literatura solamente el DAST (Drug Abuse Screening Test), el cual fue desarrollado por Skinner (1982) para la detección clínica y para investigar la evaluación de tratamiento en el campo del abuso de drogas. Clasifica a los pacientes de acuerdo con los criterios del DSM III y ha mostrado alto nivel de validez; al parecer es un instrumento útil para el tamizaje e identificación de casos de abuso de drogas. El DAST puede usarse también para identificar problemas específicos en áreas como la familiar, la laboral, etc. Respecto a este instrumento, además de ser de los pocos de tamizaje que se encuentran en la literatura en torno al tema, no se ha llevado a cabo en México trabajo alguno que tenga como fin adaptarlo a la población mexicana.

- Instrumentos de definición de casos.

Ustün y Wittchen (1992; citado en Medina – Mora, 1994) proponen una distinción entre los instrumentos de tamizaje y los dirigidos a definir casos; los autores consideran que estos últimos por lo general son más extensos y complejos y como tales no son óptimos para efectuar detecciones masivas. Esos instrumentos se desarrollaron principalmente para detectar necesidades y evaluar tratamientos, pues los instrumentos más generales no satisfacen esta carencia.

Entre los más utilizados están el ASI (Addiction Severity Index), que evalúa la intensidad de la adicción a sustancias y cubre seis áreas: abuso de sustancias, área médica, psicológica, legal, familiar, social, empleo. Otro instrumentos dentro de este grupo es el POSIT (Problem Oriented Screening Instrument), para adolescentes, que pretende medir la gravedad de problemas que presenta el joven en 10 áreas, habitualmente relacionadas con el consumo de drogas y que son susceptibles de modificación mediante tratamiento (Medina – Mora, 1994).

- Instrumentos de diagnóstico.

El hecho de que los grandes sistemas de diagnóstico y clasificación de trastornos, DSM – III y CIE - 10 utilicen criterios operacionales, ha hecho surgir nuevas perspectivas para el desarrollo de instrumentos de diagnóstico. Un hecho interesante es que a partir de estos sistemas se han elaborado instrumentos para que los utilicen los clínicos, y otros para entrevistadores legos. Ejemplos de estos últimos son: el DIS (Diagnostic Interview Schedule) (Robins y cols., 1981) y el CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Wittchen y cols., 1991) (ambos citados en Medina – Mora, 1994).

Se cuenta también con listas para detectar síntomas mínimos indispensables que evalúan si se cumplen los criterios para los diferentes grupos diagnósticos de acuerdo con el DSM – III – R y el CIE – 10 (Janca y cols., 1992; citado en Medina – Mora, 1994). Estas listas resultan especialmente útiles cuando es necesario evaluar en forma rápida e introduciendo un número limitado de preguntas, si son confirmables o no diferentes diagnósticos.

Con lo anterior, se puede ver que el campo de investigación sobre la medición del consumo de drogas ilegales aún es reducido en México, lo cual resulta preocupante, debido a la necesidad de abordar el problema de las adicciones que surge ante el hecho de que los niveles de consumo han incrementado notablemente en el país. Por lo tanto, ahora se revisará en particular la medición en torno al uso de drogas ilegales.

Staley y El-Guebaly (1990), mencionan que una medida exacta de uso y abuso de drogas es un elemento importante en el campo del abuso de sustancias. Prueba de ello es la variedad de técnicas que se han utilizado para medir éste, que incluyen cuestionarios de auto-informe, índices de severidad, entrevistas clínicas estructuradas, y métodos de discriminación tales como el análisis de orina.

Skinner (1982), menciona que en diversos estudios se ha recopilado mucha información sobre el uso de drogas, especialmente de estudiantes de preparatoria y universidad. Estos estudios se han criticado por basarse en cuestionarios no estandarizados con propiedades de medición desconocidas. De esta manera, se enfatiza la necesidad de contar con instrumentos estandarizados, en todo tipo de poblaciones.

Todos los citados autores coinciden en que es importante que éstas técnicas o métodos de medición cuenten con la evidencia suficiente de su confiabilidad y validez, para garantizar la efectividad en el diagnóstico o confiabilidad en la medida de los resultados de los tratamientos a

los que se asignará a los individuos que se clasifiquen por medio de estas medidas. De entre ellas, es importante recalcar que Medina – Mora opina que los instrumentos psicológicos constituyen una de las medidas más objetivas. Al hacer la revisión, se puede ver que existen pocos instrumentos que midan consumo de drogas y estén adaptados para la población mexicana.

Al respecto, Muñiz en 1995, menciona que existen bastantes datos indicadores del creciente interés por los estudios internacionales comparativos sobre rendimiento académico y por la investigación intercultural en general. Con este crecimiento aparece la necesidad de adaptar (habitualmente denominada "traducir") tests de rendimiento y aptitudes, así como otros instrumentos psicológicos, para su uso en múltiples culturas e idiomas.

Es necesario hacer una diferencia precisa entre adaptación y traducción de un instrumento psicológico. En este sentido, la traducción se refiere a la conversión del idioma de origen al idioma requerido; mientras que la adaptación consiste en una traducción que tome en cuenta el contexto cultural de la población a la cual va dirigida, además de proporcionar los datos que sustentan la confiabilidad y validez del instrumento. Después de esto, se mencionarán algunas de las muchas razones que existen para adaptar una prueba. Una vez explicadas las razones, será necesario describir el método de adaptación de una prueba psicológica.

Hay muchas razones para adaptar tests. Una razón es que adaptar un test es generalmente más barato y rápido que preparar uno nuevo para un segundo idioma. Una segunda razón es que en el segundo idioma no siempre existe la experiencia técnica para producir un nuevo test validado. Esto es especialmente cierto en los países del tercer mundo. Los investigadores pueden sentirse más seguros utilizando una versión adaptada de un test que usando uno nuevo. Una tercera razón es que para llevar a cabo estudios comparativos interpaíses, interidiomas y/o intertécnicos, se requieren tests adaptados. Estos estudios se han vuelto muy populares en los últimos años, dado que muchos países se esfuerzan por establecer estándares educativos internacionales y desean comparar sus progresos con los de otros países. Finalmente, los tests se adaptan a veces para mejorar la imparcialidad de la evaluación, permitiendo a las personas utilizar los tests y las escalas psicológicas en su idioma preferido.

Mientras que las muchas razones para la adaptación de los tests están claras, los métodos para llevarla a cabo y establecer las equivalencias entre las puntuaciones no lo están tanto (Hambleton, 1993, 1994; citado en Muñiz, 1995). Algunos investigadores interculturales han señalado que un alto porcentaje de investigaciones en su campo son defectuosas, incluso no válidas, debido a una adaptación deficiente de los tests utilizados.

La adaptación de un test incluye todo tipo de tareas, desde decidir si mide o no el mismo constructo en idiomas y culturas diferentes, hasta el problema de la selección de traductores, la decisión sobre los ajustes necesarios que hay que hacer para usar el test en un segundo idioma, o la propia adaptación del test y la comprobación de la equivalencia de la forma adaptada.

Medina – Mora (1994) por su parte, hace mención de cinco factores que es necesario tomar en cuenta cuando se trabaja en la creación o adaptación de un test que pretenda medir algo relacionado con el consumo de drogas. Estos hacen referencia a que la elección de los indicadores debe basarse en el objeto de estudio; de éste dependerá también la estrategia de identificación del caso. En la elección de éstos resulta recomendable considerar estos cinco aspectos, los cuales son:

- 1) Las adicciones pueden estudiarse como trastornos en sí mismos o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud.
- 2) Existen diferencias en la formación de conceptos de lo que es la adicción y su historia natural que repercuten en las definiciones e instrumentos de evaluación.
- 3) No todos los consumidores tendrán problemas, y en un momento dado cualquier persona puede sufrir consecuencias adversas, por lo que una concepción biaxial individuo consumidor/consecuencias facilita la tarea de estudiar este fenómeno.
- 4) Las consecuencias del abuso están permeadas por las expectativas culturales y, aún más, la percepción de problemas y su notificación por parte de la población está influida por la actitud relativamente permisiva o restrictiva de la población en diferentes momentos históricos.
- 5) Los indicadores que funcionan para las poblaciones clínicas no son necesariamente aplicables en poblaciones generales. Aun dentro de las poblaciones clínicas existen variaciones que deben tenerse en cuenta.

Con todo lo anterior, se puede observar que la investigación sobre adicciones en México está tomando un gran auge, y ante la necesidad de estandarizar instrumentos relacionados con el consumo de drogas en diferentes culturas, este proyecto tiene como objetivo adaptar el DAST 20 -que ha demostrado ser válido y confiable en otras culturas- a la población mexicana con el fin de contar con un nuevo instrumento de tamizaje que sea útil, tanto para uso clínico, como para la investigación.

Skinner (1982), elaboró dos versiones Drug Abuse Screening Test : DAST 28 y DAST 20; de estas dos, en la presente investigación se retomará la de 20 reactivos, puesto que el autor encontró una correlación alta entre las dos versiones que indican que ambas tienen grados

significativos de confiabilidad y validez, prefiriendo la versión más corta por ser la que más ha sido usada en otras investigaciones y por la ventaja práctica que ésta ofrece en un tamizaje.

3.2 SUSTENTO TEÓRICO Y DESCRIPCIÓN

El Drug Abuse Screening Test (DAST), desarrollado por Harvey A. Skinner (1982), se diseñó para proporcionar un instrumento corto de tamizaje clínico y evaluación de tratamientos en investigación, sobre abuso de drogas. Originalmente contaba con 28 reactivos (DAST 28) y se describió como una escala de auto-informe que proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. Es importante mencionar, que este instrumento al ser una muestra de conducta (Anastasi y Urbina, 1998), lo que mide es la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas. En estrecha relación con lo anterior, se encuentra la etapa de contemplación del modelo de Prochaska y Di Clemente (op. cit.), en la que la persona consumidora ya percibe su consumo como un problema, debido a las consecuencias negativas que éste le ocasiona en diversas áreas de su vida. La relación con esto abunda en que las personas que contestan el DAST, pueden encontrarse en esta etapa (cuando lo contestan en el momento en que están solicitando tratamiento), o bien, llegar a la Contemplación como resultado de haber contestado el DAST.

Los 28 reactivos del DAST son paralelos a los del Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), el cual es un dispositivo para la evaluación del alcoholismo (Selzer, 1971) que ha demostrado ser un instrumento confiable y válido, tanto en escenarios clínicos como en no clínicos (Jacobson, 1976; citado en Skinner, 1982). El autor desarrolla una variación del MAST para evaluar problemas relacionados con el uso de drogas no médicas ilegales, debido a que existen notables similitudes entre usuarios de drogas y alcohol (Fred, 1975; citado en Skinner, 1982).

Recordando la clasificación de Abuso de Sustancias del DSM IV (op. cit.), un factor primordial de este diagnóstico, es que el individuo comienza a tener problemas en diferentes áreas de su vida, debido al consumo desadaptativo de drogas. Por lo tanto, Skinner (1982) al hacer un cuestionario de abuso de drogas, explora diversas consecuencias que pueden ocurrir por el consumo. Después de un análisis factorial, propone agruparlas en cinco dimensiones diferentes, a saber:

Dependencia a las drogas: Uso recurrente de sustancias que conlleva los síndromes de tolerancia (requerir cada vez dosis mayores y más frecuentes de la sustancia para obtener el efecto deseado) y abstinencia (síntomas físicos que aparecen al dejar de consumir la sustancia).

Problemas sociales: Consecuencias adversas en la red social y en las interacciones cotidianas, que incluyen: ámbito familiar, laboral, escolar, legal e interacción con amigos.

Problemas médicos: Alteraciones físicas como consecuencia del uso de drogas.

Poliuso de drogas: Consumo de más de una droga.

Ayuda previa: Intentos de solucionar el problema con las drogas, recurriendo a terceras personas.

Cabe mencionar, que la mayoría de los reactivos miden el factor referente a problemas sociales.

Skinner diseñó y desarrolló el DAST 28 para proveer un instrumento corto que sea capaz de medir la seriedad del involucramiento con las drogas y sea conveniente en la discriminación clínica y la evaluación de investigación de tratamiento.

Posteriormente, se desarrollaron dos versiones más cortas del DAST, uno de 20 reactivos y otro de 10 (DAST 20 y DAST 10). El análisis psicométrico inicial del DAST se realizó con una muestra de 256 sujetos que buscaban tratamiento para sus problemas relacionados con el uso de drogas.

En la investigación original del DAST 28, Skinner utiliza la versión DAST 20, encontrando una correlación casi perfecta entre ambos de $r=.99$.

Estudios posteriores han utilizado la versión DAST 20, y han encontrado datos que sustentan su confiabilidad y validez, los cuales se describirán posteriormente. (Skinner y Goldberg, 1986; Gavin, et al., 1989; Stanley, et al., 1994; Cocco y Carey, 1998)

A continuación, se mencionan algunas ventajas y desventajas que señala Skinner (1982) respecto a este instrumento.

- **Ventajas:**

- 1) El DAST es corto y económico en su administración.
- 2) Proporciona un índice cuantitativo de la extensión de problemas relacionados al abuso de drogas. Por lo tanto, va más allá de la identificación de un problema de drogas y obtiene un estimado confiable del grado de severidad del problema.
- 3) La calificación del DAST puede usarse para corroborar información obtenida a través de otras fuentes de medición (p. ej., entrevistas clínicas o pruebas de laboratorio).
- 4) La administración de rutina del DAST puede proporcionar un mecanismo conveniente de registro de la extensión de problemas asociados con el abuso de drogas. Es una manera de asegurar que las preguntas relevantes con respecto a las consecuencias del abuso de drogas se le pregunten a todos los pacientes.
- 5) El DAST puede proporcionar una referencia estándar para monitorear cambios en la población de pacientes a través del tiempo, así como para comparar pacientes de diferentes centros de evaluación.

- **Limitaciones:**

- 1) Debido a que el contenido de los reactivos del DAST es obvio, los pacientes o la gente que lo contesta podría falsear los resultados.
- 2) Dado que cualquier técnica de medición proporciona un retrato incompleto del estado del paciente, existe el peligro de que a la calificación del DAST se le pueda dar demasiado énfasis. A causa de que el DAST arroja una calificación numérica, ésta puede ser malinterpretada.

Administración

El DAST puede administrarse tanto en forma de entrevista como en formato de autoaplicación. La versión autoadministrable generalmente se prefiere debido a que permite medir eficientemente a grupos grandes. En muchas circunstancias se espera que la entrevista y la autoadministración arrojen resultados idénticos. Sin embargo, las técnicas de medición pueden diferir 1) cuando el paciente es particularmente defensivo o tiene una ansiedad social alta, lo que puede producir que esta persona deje de reportar algunos problemas en el formato de entrevista cara a cara, 2) cuando un paciente tiene problemas para leer y entender el contenido de los reactivos en la versión de autoadministración. El DAST no debe administrarse a pacientes que se presentan bajo la influencia de drogas, o que atraviesan por una reacción de retiro de la sustancia. Bajo estas condiciones, la confiabilidad y validez del DAST pueden ponerse en tela de juicio. Por

lo tanto, el administrador debe asegurarse que los pacientes no han tomado droga antes de que el DAST se administre (Skinner, 1982).

El DAST puede completarse en 5 minutos aproximadamente (Addiction Research Foundation). El formato de prueba es de lápiz-papel y consiste en una hoja tamaño carta que incluye datos personales del sujeto, instrucciones y 20 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no). En la primer hoja del DAST se encuentra una introducción que puede usarse para ambos formatos de aplicación, tanto el de entrevista como el autoadministrable.

En la versión autoadministrable, se le pide a las personas que van a contestar, leer cuidadosamente cada enunciado y decidir si la respuesta es "Sí" o "No". La respuesta se da al hacer una marca en el espacio de la columna correspondiente (Sí o No) al lado derecho de cada reactivo. Con la versión de entrevista, el aplicador puede escribir la respuesta al lado de cada pregunta en la hoja de respuestas. Es importante que los pacientes respondan las 20 preguntas. Algunas veces esto puede ser difícil porque cabe la posibilidad de contestarse con más de una respuesta o porque ninguna de las dos respuestas es exactamente correcta. En estos casos, se le pide al paciente que dé la mejor respuesta o la que es cierta la mayor parte del tiempo (Skinner, 1982).

Calificación

El DAST se califica al sumar el número de respuestas que indican problemas de uso de drogas. Las respuestas "No" de los reactivos 4 ("¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?") y 5 ("¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?"), indican problemas de uso de drogas. Para los reactivos restantes, una respuesta de "Sí" indica problemas de uso de drogas. Por ejemplo, si una persona responde "Sí" al reactivo 2, se le da el puntaje de 1, mientras que si su respuesta es "No" a este reactivo, entonces el puntaje será de 0. Con los reactivos 4 y 5, el puntaje de 1 se le da a la respuesta "No", y el puntaje de 0 a la respuesta "Sí". Cuando cada uno de los reactivos han sido calificados de esta manera, la calificación total del DAST es simplemente la suma de los puntajes de los 20 reactivos. Esta calificación total cae en un intervalo de 0 a 20 (Skinner, 1982).

Interpretación.

La calificación total del DAST a lo largo de un continuo con respecto al grado de problemas o consecuencias relacionadas con su abuso de drogas. Una calificación de cero indica

que no se reportaron evidencias de problemas de abuso de drogas. Calificaciones más altas corresponden al incremento en el grado de problemas relacionados con el abuso de drogas, que el paciente reporta. Entonces, al incrementar la calificación del DAST se puede interpretar que un individuo dado ha venido acumulando un rango incrementado de diversas consecuencias relacionadas con el consumo de drogas. Por lo tanto, se deben examinar las respuestas a los reactivos del DAST para identificar problemas en áreas específicas, como la familia o el trabajo (Skinner, 1982).

Skinner (1982), propone un código tentativo para la calificación del DAST, ya que aclara que se requiere hacer más investigación que sustente su validez. Este código es:

Tabla 3.1.- Código de calificación del DAST 20

Calificación Total del DAST	Grado de Problemas Relacionados con el Abuso de Drogas
0	No reportó
1 – 5	Nivel Bajo
6 – 10	Nivel Moderado
11 – 15	Nivel Substancial
16 - 20	Nivel Severo

Fuente: Skinner (1982). THE DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST): GUIDELINES FOR ADMINISTRATION AND SCORING. ADDICTION RESEARCH FOUNDATION.

Este código se encuentra en una hoja anexa para el aplicador, o en el manual del DAST. Respecto a este código, el autor dice que una calificación baja no necesariamente significa que el cliente no tiene problemas relacionados con las drogas. Se debe considerar el período de tiempo durante el cual la persona ha usado drogas, la edad de la persona, el nivel de consumo y otros datos recavados en la evaluación para interpretar la calificación del DAST.

En la investigación que llevó a cabo Skinner en 1982, su población estuvo conformada por tres muestras, 1) personas con problemas con el alcohol, 2) personas con problemas tanto de

alcohol como de drogas ilegales y, 3) personas con problemas con las drogas ilegales solamente. Debido a que en este estudio se encontró que la mayoría de las personas que abusan del alcohol puntuaban con 5 ó menos, mientras que la mayoría de las muestras de personas que abusan del alcohol y drogas, y de las drogas solamente puntuaban con 6 ó más; el autor concluye que una calificación de 6 ó más alta, es útil para los propósitos de detección de casos.

Más tarde, Gavin et al. (1989), encuentran evidencias para sustentar el uso de una calificación de corte de 5 ó más en el DAST como indicador de abuso de drogas.

3.3 SUSTENTOS PSICOMÉTRICOS

Confiabilidad

Confiabilidad es la exactitud y precisión de un procedimiento de medición. Los índices de confiabilidad señalan el grado en que una medición determinada es adecuada y reproducible (Thorndike, 1970).

Haciendo referencia a trabajos relacionados con el DAST, Skinner en 1982 al probar las propiedades psicométricas de este instrumento, encontró como coeficiente de confiabilidad del DAST - 28 un $\alpha = .92$ en una muestra de usuarios de alcohol y drogas; mientras que en otra muestra de usuarios de drogas solamente, se encontró un $\alpha = .86$. Esto demuestra alta consistencia interna. De igual manera, Skinner (1982), hizo un análisis de reactivos del DAST 28, donde la correlación reactivo-escala (congruencia de la calificación del reactivo con la calificación total del cuestionario) proporciona un índice del poder de discriminación de cada reactivo (capacidad del reactivo por sí mismo para identificar un consumo problemático). Los reactivos "buenos" son aquéllos que tienen una correlación alta con la puntuación total del DAST. Con excepción del reactivo 7, todos los reactivos del DAST presentan correlaciones reactivo-puntuación total que van de moderadas a sustanciales.

En el mismo estudio se demostró alta consistencia interna también en el DAST 20, $\alpha = .95$ para usuarios de alcohol y drogas, y $\alpha = .86$ en la submuestra de usuarios de alcohol.

Una investigación posterior (Skinner y Goldberg, 1986), se centró en examinar la consistencia interna subyacente a la estructura de factores del DAST 20 en una muestra de 105 usuarios de narcóticos. La consistencia interna encontrada fue un poco más baja ($\alpha = .74$).

En lo que se refiere a población que no busca de tratamiento específicamente relacionado con el consumo de drogas, Salstone, Halliwell y Hayslip (1994), investigaron la consistencia interna del DAST 20 en una muestra de 318 mujeres delincuentes, encontrando un $\alpha = .88$.

Por otro lado, Staley y El Guevaly (1990), investigaron la consistencia interna del DAST con una muestra de 250 pacientes psiquiátricos con tratamientos de diferente naturaleza (todos mayores de 18 años, con una media de edad de 37.9 años y una desviación estándar de 12.06), el 65% de la muestra fueron mujeres y el 35% fueron varones. . En este estudio encontraron un $\alpha = .95$, lo que indica una excelente consistencia interna del instrumento.

Posteriormente, Cocco y Carey (1998), se interesaron por la investigación de las propiedades psicométricas del DAST en pacientes psiquiátricos que recibían tratamiento externo por consumo de drogas. La muestra comprendía 97 pacientes, de los cuales 73 eran hombres y 24 mujeres de 22 a 62 años ($M = 37$ años, $DS = 12.8$). Era de interés, obtener dos tipos de confiabilidad: test – retest y estabilidad temporal. Para obtener la consistencia interna del instrumento se hicieron las correlaciones respectivas de las medias de los reactivos y de reactivo-escala, obteniendo -también- con esta última el poder discriminativo de cada reactivo. El coeficiente α obtenido para el DAST – 20 fue de .92, indicando una alta consistencia interna en esta muestra; mientras que para el DAST – 10, fue de .86. Para calcular la confiabilidad por el método test – retest, se aplicó a 45 personas las versiones 20 y 10 del instrumento, calculándose correlaciones intraclass, siendo para el DAST – 20 una correlación de .78 y para la versión 10, de .71.

Para obtener la estabilidad temporal del instrumento, se calculó el número de participantes que tuvieron puntuaciones por arriba y por debajo del criterio de punto de corte (que en otros estudios ha demostrado ser de 5 puntos) en la primera y segunda aplicación. Los reactivos que mostraron cierta inestabilidad son: 1, 5, 9 y 19.

Todos los datos presentados anteriormente sugieren que las diferentes versiones del DAST se pueden considerar como herramientas prometedoras en lo que se refiere al diagnóstico de abuso de drogas, debido a que la mayoría de las investigaciones ponen de manifiesto la consistencia interna del instrumento. Sin embargo, es importante mencionar que son pocos los datos que reportan su confiabilidad por el método test – retest.

Validez

La validez es el grado en que un test mide lo que queremos medir realmente (Thorndike, 1970). A continuación, se revisarán algunos de los datos que comprueban la validez del DAST.

En el trabajo original de Skinner (1982) sobre el DAST 28 se utilizó una muestra de 223 personas (78% hombres, 28% mujeres) con una media de edad de 32.74 y una desviación estándar de 11.17. Como ya se mencionó, la muestra incluía consumidores tanto de alcohol como de drogas. Uno de los métodos para probar la validez del instrumento fue el de Análisis Factorial de los componentes. Se encontró un componente principal de 45.4% de total de la varianza, que sugiere una escala unidimensional entre los reactivos del DAST. Una diferencia sustancial entre el primero (45.4% de la varianza total) y el segundo factor (5.4% de la varianza total) indica que el DAST mide una dimensión de problemas relacionados con el abuso de drogas, ya que a partir del segundo pueden considerarse factores residuales. Por lo tanto, se concluyó que los reactivos del DAST incluyen afirmaciones que indican un mal uso o un abuso de drogas, dependencia a las drogas, y otras consecuencias relacionadas con las drogas.

Como se dijo anteriormente, en este mismo estudio se hizo una correlación con la versión DAST 20, la cual resultó muy alta ($r=.99$) y se demostró que la consistencia interna era casi igual en ambas versiones, por lo tanto la versión del DAST 20 se utilizó en estudios posteriores, y el autor dice que los hallazgos para el DAST 28 se pueden aplicar a la versión DAST 20. Tomando en cuenta lo anterior, a continuación se mencionarán algunos datos de validez del DAST 20, pero también se revisarán datos de validez del DAST 28 en otras investigaciones.

Un estudio posterior con usuarios de narcóticos (Skinner y Goldberg, 1986), identificó a través de un análisis factorial cinco dimensiones de abuso de drogas que se pueden medir con el DAST 20: dependencia a las drogas, problemas sociales, problemas médicos, poliuso de drogas y tratamientos previos. Los autores mencionan que estos factores explican el 55% de la varianza total. La muestra utilizada en este trabajo fue de 105 personas (76% hombres, 24% mujeres) que buscaron ayuda voluntaria en una clínica, a quienes se les administró el instrumento antes de iniciar el tratamiento. La media de edad fue de 30 años con una desviación estándar de 8; el intervalo de edad fue de 18 a 58 años.

En la investigación que Staly y El-Guebaly hacen en 1990 sobre las propiedades psicométricas del DAST 28, con una muestra de 250 pacientes psiquiátricos comprueban la validez del instrumento haciendo un análisis (con el programa FACTOR SAS rotación Varimax) y encuentran cinco factores; señalan que el factor I indica un 42.4% de la varianza total, en contraste con el 7.5% de varianza total que implica el factor II. Los cinco factores identificados sugieren un

abuso de drogas frecuente. El factor I, el cual consiste en la mitad de los reactivos, se interpretó como el auto-reconocimiento de un problema con las drogas. Los factores subsecuentes detallan un involucramiento más extensivo en el abuso de sustancias: el factor II, consecuencias sociales serias del uso de drogas; factor III, búsqueda de ayuda por problemas debido al abuso de drogas; factor IV, actividades ilegales relacionadas con las drogas y factor V, falta de autocontrol en el uso de drogas. Los autores mencionan que esta estructura factorial es muy similar a la encontrada por Skinner y Goldberg en 1986.

Las puntuaciones del DAST han correlacionado significativamente con medidas del número de drogas usadas, con la frecuencia de uso de cannabis ($r=.55$), barbitúricos ($r=.47$), anfetaminas ($r=.36$), y otros opiáceos como la heroína ($r=.35$); (Skinner, 1982).

En la investigación de usuarios de narcóticos (Skinner y Goldberg, *op. cit.*), los puntajes del DAST 20 se relacionaron con algunos datos de la historia de consumo de sustancias, se encontraron varias correlaciones significativas: con el número de drogas regularmente usadas ($r=.29$), problemas percibidos con el uso de narcóticos ($r=.30$), y la historia de uso de estimulantes ($r=.38$), alucinógenos ($r=.35$), y cannabis ($r=.55$), así como el uso de cannabis en los últimos 3 meses ($r=.31$).

Gavin, Ross y Skinner (1989), examinaron la validez diagnóstica del DAST 28 en una muestra de 501 pacientes que buscaban tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. En esta muestra, el DAST alcanzó el 85% de exactitud al clasificar a los pacientes de acuerdo con el DSM III. Hubo una variación considerable entre los pacientes quienes cumplieron con el criterio de abuso / dependencia. La distribución de sus puntuaciones tiene un sesgo negativo pequeño ($-.271$) y una kurtosis baja ($-.775$, $SE.357$). Lo anterior se concluye debido a que se obtuvieron correlaciones substanciales entre los puntajes del DAST 20 y el diagnóstico del DSM III de tiempo de vida de la sustancia y un uso o abuso de drogas recurrente ($r=.75$ y $.74$, respectivamente). El DSM III identificó síntomas relacionados con drogas durante el mes pasado ($r=.71$), número de drogas usadas en la semana pasada ($r=.49$), y número de días en las que se usó la droga en la semana pasada ($r=.41$) en una muestra de adultos que solicitaron tratamiento por problemas de alcohol y drogas (Gavin, Ross y Skinner, 1989).

Correlaciones del DAST con medidas de uso de alcohol, indican que el DAST es capaz de discriminar problemas relacionados con drogas de problemas relacionados con alcohol. Skinner (1982), encontró una correlación baja negativa de $r=-.21$ entre el DAST y el MAST. Skinner y Goldberg (1986), encontraron que los puntajes del DAST 20 no se relacionaron fuertemente con ninguna de las tres medidas de uso de alcohol (uso en el último año, uso en los 60 días previos, y cualquier uso visto como un problema; r puntuó entre $.15$ y $.20$). Gavin et al. (1989), obtuvieron de

pequeñas a modestas correlaciones negativas entre el DAST y la Escala de Dependencia de Alcohol ($r=-.13$), MAST ($r=-.19$), diagnóstico de dependencia/abuso de alcohol del DSM III ($r=-.31$ y $-.25$, para diagnóstico de prevalencia y tiempo de vida, respectivamente), y varias medidas de auto-reporte de uso de alcohol ($r=-.09$ a $-.13$). Estos hallazgos indican que el DAST 20 es sensible a problemas que resultan del uso de drogas en particular y no a problemas más relacionados al abuso de alcohol.

Asimismo, un análisis de varianza de una vía mostró que el promedio de puntajes totales del DAST diferenciaron entre las tres muestras de sujetos identificados previamente como con problemas de alcohol solamente, problemas de alcohol y drogas, y problemas de drogas solamente. ($F 2,220 = 112.9, p < .001$; Skinner, 1982). El puntaje total del DAST diferenció entre el grupo de consumidores sólo de alcohol, de los otros dos grupos de consumidores de drogas y consumidores de drogas y alcohol.

Sin embargo, en 1994 Saltston et al. hacen un estudio en el que comparan la estructura factorial del MAST y del DAST, debido a que este último se desarrolla a partir del primero, es decir, ambos instrumentos son inventarios de auto-informe diseñados para medir problemas en la vida de las personas que se sospecha necesitan tratamientos por abuso de alcohol o de drogas respectivamente. El análisis factorial de ambos demostró cuatro factores equivalentes para los dos, que en general se resumen en cuatro áreas: reconocimiento del uso de sustancias, problemas personales, problemas laborales y problemas sociales. Los factores del DAST se redujeron a 4 debido a que la diferencia entre el cuarto y quinto factor reportado por otras investigaciones (Skinner 1982; Skinner et al., 1986) era mínima (alrededor de 0.1395 con un 7% de varianza). Los autores concluyen con esto que el MAST y el DAST demuestran ser medidas de tamizaje del abuso de alcohol y drogas respectivamente. Es interesante notar que los resultados de una población de mujeres infractoras, son similares a resultados encontrados en estudios previos que usan en su mayoría muestras de varones con problemas psiquiátricos o que manejan mientras están intoxicados.

Un elemento que debe cuidarse con cualquier instrumento, es que las personas que responden a los reactivos pueden no representar bien su uso de drogas y los problemas relacionados con ellas. Sin embargo, Skinner (1982) encontró sólo correlaciones pequeñas entre los puntajes del DAST y tres medidas de tendencia en las respuestas: tendencia a Negar o Minimizar Problemas ($r=-.28$), tendencia hacia la Deseabilidad Social ($r=-.38$), y descuido ($r=.15$). Estas correlaciones fueron más pequeñas para una submuestra de personas que experimentaban problemas de drogas solamente (el rango de r de $.08$ a $.31$). La correlación encontrada por Skinner (op. cit.), entre el DAST y la Deseabilidad Social fue negativa y no muy pequeña, lo que sugiere que los individuos que presentan una imagen favorable o deseable de sí mismos, también

tienden a puntuar más bajo en el DAST. Sin embargo, la magnitud de esta relación fue relativamente pequeña: 14% de varianza en la muestra, y 9% en la submuestra de usuarios de drogas solamente. De manera similar, la modesta correlación entre tendencia a la Negación y el DAST sugiere que los individuos con puntuaciones altas en Negación, tienden a reportar menos problemas relacionados con drogas. Asimismo, en la muestra total, hubo una tendencia notable de los individuos con puntajes altos en el DAST a ser menos cuidadosos al contestar instrumentos de medición.

La gente joven tendió a tener más problemas de drogas medidos por el DAST que gente más vieja (correlaciones entre edad y DAST tuvieron un rango de $r = -.40$ a $-.49$; Gavin et al., 1989; Skinner, 1982; Skinner y Goldberg, 1986). Además, como era de esperarse, los puntajes más altos del DAST estuvieron relacionados negativamente con la estabilidad social ($r = -.27$), lo que indica que los problemas de drogas se relacionan con problemas para mantener el empleo, problemas en el empleo y el contacto reducido con la familia (Skinner, 1982). Los puntajes en el DAST también se encontraron relacionados positivamente con medidas de impulsividad y descuido ($r = .42$) y actitudes desviadas ($r = .54$) (Skinner 1982). Todas estas correlaciones proveen de un soporte adicional para la validez del DAST. El test tuvo una correlación alta y positiva con el diagnóstico de dependencia de drogas y alcohol del DSM III (Gavin et al. 1989), y de pacientes psiquiátricos (Staley y El-Guebaly, 1990).

En el más reciente de los estudios que se encontró al hacer la presente revisión bibliográfica (Cocco y Carey, 1998), se demuestra la validez del DAST 20 al hacer una correlación con la versión DAST 10, la cual arroja un índice de .97. Además se hizo un análisis de varianza (ANOVA) de una vía que indicó diferencias significativas ($F_{2,92} = 29.5$ $p < .0001$ y la correspondiente $R = .39$) en los resultados del DAST entre los subgrupos de pacientes, lo que sugiere que arriba de una tercera parte de la varianza en el puntaje del DAST 20 se le carga al diagnóstico de consumo de drogas.

Todos los estudios anteriores sugieren que las tres versiones del DAST (28, 20 y 10) son efectivos como herramientas de diagnóstico. La mayoría de las investigaciones sostiene la consistencia interna del instrumento, así como que prueba evidencia suficiente para demostrar su validez tanto concurrente como discriminativa. El análisis factorial sugiere alternativamente uno o cinco factores. Cabe mencionar, que no hay datos que arrojen resultados sobre una confiabilidad test-retest. Es importante mencionar, también, que existe una necesidad de examinar las propiedades psicométricas del DAST en otras muestras, además de aquellas que incluyen pacientes que buscan tratamiento.

MÉTODOS

MÉTODO

Objetivo

Confiabilizar y validar el DAST 20 en población mexicana mayor de 18 años que comprende sujetos usuarios y no usuarios de sustancias adictivas

Diseño

Es un diseño no experimental, de tipo correlacional.

Variables

✧ Variables Organísmicas:

- Sexo.
- Edad.

✧ Variables Dependientes:

- Diagnóstico de abuso de sustancias del DSM IV.
- Drug Abuse Screening Test (DAST 20) (Skinner H. A., 1982) .

Definición Conceptual de las Variables

➤ Sexo

En los animales y las plantas, condición orgánica que distingue el macho de la hembra (Nuevo Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado, 1984).

➤ Edad

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual (Nuevo Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado, 1984).

- Diagnóstico de Abuso o Dependencia de Sustancias según el DSM IV.
- Abuso de sustancias (DSM IV):

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias que exista uno (o más) de los criterios siguientes durante los 12 meses anteriores.

CRITERIOS

- 1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- 3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandalosos debido a la sustancia).
- 4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Siempre y cuando los síntomas no hayan cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase en la clasificación del DSM IV.

- Dependencia de sustancias (DSM IV)

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con

ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

CRITERIOS

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

➤ Drug Abuse Screening Test (DAST 20)

Es un instrumento breve de tamizaje clínico y evaluación de tratamientos en investigación, sobre abuso de drogas (Skinner H. A., 1982). También se le conoce como una escala de auto-informe que proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas.

Definición operacional de las variables

➤ Sexo:

Género de la persona reportado en la hoja de datos (ver ANEXO 1)

➤ Edad:

Número de años reportado por el sujeto en la hoja de datos (ver ANEXO 1)

➤ Diagnóstico de Abuso o Dependencia de Sustancias del DSM IV.

• Diagnóstico de Abuso de Sustancias del DSM IV

Una o más afirmaciones en los criterios de Abuso de Sustancias del DSM IV (del 1 al 5), redactados en la segunda página de la Hoja de Datos (ANEXO 1).

• Diagnóstico de Dependencia de Sustancias del DSM IV

Tres o más afirmaciones en los criterios de Dependencia de Sustancias del DSM IV (del 6 al 13), redactados en la segunda página de la Hoja de Datos (ANEXO 1).

➤ Drug Abuse Screening Test (DAST 20):

• Puntuación por reactivo: Puntuación de 1 para las respuestas SI y de 0 para las respuestas NO. Excepto en los reactivos 4 y 5 que son reactivos invertidos.

• Puntuación total: Suma de la puntuación de cada reactivo, que van de 0 a 20.

• Diagnóstico del rango de problemas relacionados con el consumo de sustancias, según el siguiente código:

Calificación Total del DAST	Rango de Problemas Relacionados con el Abuso de Drogas
0	No reportó
1 – 5	Nivel Bajo
6 – 10	Nivel Moderado
11 – 15	Nivel Substancial
16 - 20	Nivel Severo

SKINNER, 1982.

Estas normas se obtuvieron a través de puntos de corte en la investigación de Skinner (1982) con una población de 256 consumidores de alcohol y drogas (72% hombres, 28% mujeres).

Sujetos

Se aplicó a una muestra intencional de 220 consumidores de drogas ($x = 25.48$, D.S. = 6.59) y 220 no consumidores ($x = 25.93$, D. S. = 7.29), 90% hombres y 10% mujeres (los datos epidemiológicos del país [ENA,1998] indican mayor dependencia en hombres y los estudios realizados con el DAST han utilizado muestras con una mayor proporción de hombres [Skinner et. al., op. cit.]), en diversos centros de salud que dan tratamiento para adicciones, así como a personas no institucionalizadas que consumieran y no consumieran drogas. Las características de inclusión en el grupo de estudio fueron:

- Para la muestra de consumidores:
 - Ser mayor de 18 años
 - Consumo de drogas durante los últimos 12 meses
 - Querer participar en el estudio
- Para la muestra de no consumidores:
 - Ser mayor de 18 años
 - No haber consumido drogas
 - Querer participar en el estudio

Escenario

El cuestionario fue contestado en condiciones estandarizadas de aplicación, cumpliendo con las siguientes características: ventilación e iluminación adecuadas, evitación al máximo de ruido, aplicación por una persona capacitada para ello y que no se encontraran personas ajenas en la habitación.

La zona de aplicación comprendió el Distrito Federal (dividiendo las delegaciones políticas en tres grandes zonas: norte, centro y sur) así como algunos municipios del Estado de México.

Material

- Versión original del DAST 20 en inglés (Skinner, 1982).
- Formatos de retrotraducción (ANEXO 2)
- Cuestionarios de interjueceo (ANEXO 3)
- Tarjetas de reactivos y factores
- Hoja de datos (ANEXO 1)
- Lápices

Instrumento

Drug Abuse Screening Test (DAST 20) desarrollado por Skinner en 1982. Es un cuestionario de 20 preguntas que miden cinco dimensiones de abuso de drogas: dependencia a las drogas, problemas sociales, problemas médicos, poliuso de drogas y tratamientos previos, en formato lápiz-papel, con respuestas dicotómicas (sí/no), una hoja de instrucciones y otra con el cuestionario (ver ANEXO 4). Ha demostrado un índice de confiabilidad de $\alpha = .95$ (Skinner, op.cit.), y de validez al correlacionarlo con el uso de varios tipos de drogas, encontrado una r que va de .37 a .55 (Skinner, op. cit.).

Procedimiento

1. Traducción: Se hizo una traducción inversa la cual según Muñiz (1995), consiste en que un traductor convierte una prueba del idioma fuente al idioma objetivo. Un segundo traductor toma la prueba cambiada (en el idioma objetivo) y la vuelve a traducir al idioma fuente. A continuación, se compara la versión original de la prueba con la traducción inversa y se hacen análisis racionales acerca de su equivalencia. En la medida en que las dos versiones de la prueba en el idioma fuente sean similares, aumenta la seguridad acerca de la equivalencia entre las versiones fuente y objetivo de la prueba. La retrotraducción del DAST 20 (Skinner, op. cit.) en el presente trabajo, se

llevó a cabo con la colaboración de tres expertos en el idioma inglés y español. Los resultados se muestran en el ANEXO 2.

2. Interjueceo: Con la versión que arrojó la traducción inversa, diversos expertos en el tema de las adicciones analizaron cada uno de los reactivos de ésta, ubicándolos dentro de los cinco factores que mide el instrumento. Esto se llevó a cabo a través de tarjetas y de un cuestionario, los cuales se muestran en el ANEXO 3. Con esto se obtuvo la validez de facie, que se describe en la sección de resultados.

3. Piloteo: En esta fase, se aplicó la versión que quedó después del interjueceo a una muestra de 30 sujetos, en formato de entrevista con lo cual se tuvo la oportunidad de observar y preguntar si se comprendieron cada uno de los reactivos, y así dejar una primer versión en español del DAST 20: el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).

4. Análisis de reactivos: Se calculó a través de la fórmula de j_i – cuadrada.

5. Confiabilidad: Esta última versión fue sometida a una prueba de confiabilidad, aplicándola a la muestra de 440 sujetos (consumidores y no consumidores) que cumplieron con las características ya descritas. Los métodos utilizados fueron:

- Test – Retest: La aplicación y reaplicación del DAST 20 se hizo a una submuestra de 87 sujetos consumidores en condiciones semejantes de aplicación, con una diferencia de tiempo de 21 días aproximadamente, lapso de tiempo en el cual los efectos de algún posible tratamiento o cualquier otra variable temporal no han interferido en la segunda puntuación del DAST 20, ya que Aiken (1997) menciona que un coeficiente de confiabilidad Test – retest tiende a ser mayor cuando el intervalo entre la prueba inicial y la segunda es breve (algunos días o semanas), en lugar de prolongado (meses o años). Con ambas puntuaciones (primera y segunda aplicación) se hizo una correlación que arrojó un índice de estabilidad temporal.
- Consistencia interna: Se calculó por medio de la fórmula de Kuder Richardson.

6. Validez: Con los datos obtenidos en la aplicación a los 440 sujetos, se calculó la validez de la prueba, a través de los métodos:

- De Criterio: Se correlacionó el diagnóstico del DAST 20 con el diagnóstico del DSM IV de abuso y dependencia de sustancias.
- Factorial: A través de un análisis factorial con los reactivos que demostraron poder discriminativo, se conoció la estructura factorial del DAST 20 en población mexicana. Con lo que se demuestra la validez de contenido del DAST 20.

RESULTADOS

RESULTADOS

La presentación de resultados se divide en dos partes: a) Desarrollo del DAST 20 en español y b) Repuestas al DAST 20 por 220 usuarios de drogas ilegales.

A) DESARROLLO DEL DAST EN ESPAÑOL

Interjueceo

Cada uno de los reactivos de la versión preliminar se sometió a una validez de facie (método mediante el cual expertos en el tema determinan si el instrumento a simple vista aparenta medir lo que dice que mide), por medio de un interjueceo en el que participaron 10 expertos en los temas de adicciones y de psicometría, quienes en el caso del DAST 20 determinaron a qué factor correspondía cada reactivo. El cuestionario empleado para hacer dicha validez se incluye en el ANEXO 3. Los resultados obtenidos se observan en la tabla 5.1:

Tabla 5.1. Validez de facie por reactivo y factor.

REACTIVO	FACTOR				
	I Dependencia a las drogas	II Problemas sociales	III Problemas médicos	IV Poliuso de drogas	V Ayuda previa
1				90%	
2				20%	
3				100%	
4	100%				
5	90%				
6			80%		
7					0%
8		90%			
9		90%			
10		90%			
11		100%			
12		100%			
13		100%			
14				0%	
15		90%			
16				0%	
17	100%				
18			100%		
19					90%
20					90%

Así mismo, los jueces determinaron la categoría principal que mide el Cuestionario de Abuso de Drogas. Con las respuestas de todos los jueces, se obtuvo un porcentaje de acuerdo, que se muestra en la tabla 5.2:

Tabla 5.2. Validez de facia por porcentaje de acuerdo interjueces de las categorías que mide el instrumento.

Categoría que mide	% de acuerdo
Dependencia a las drogas	62.5%
Consecuencias del consumo de drogas	89%

Piloteo

La versión preliminar en español del DAST-20 se aplicó a 30 personas en forma de entrevista; en la cual; al terminar de responder el instrumento se hacían preguntas adicionales para corroborar la comprensión del mismo, entre las cuales se solicitaba que definieran ciertos conceptos que pudieran causar confusión. De lo anterior, se concluyó que tanto las instrucciones como los reactivos fueron claros; los únicos reactivos que causaron confusión fueron el 4 y el 5, los cuales se decidió no cambiar su redacción, con la premisa de que la confusión se debía a que se trata de reactivos inversos contestados por una población no consumidora. Por lo anterior, se decidió someter esta misma versión a la fase de aplicación.

Para obtener las propiedades psicométricas del Cuestionario de Abuso de Drogas se procedió a la aplicación del mismo, en la muestra de 220 consumidores y 220 no consumidores ya citada. La aplicación de los 220 consumidores se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 5.3. Distribución de Aplicación de Población Consumidora, n=220.

Lugar de Aplicación	Número de Sujetos
Centro de Servicios Psicológicos, Facultad de Psicología	10
Centro Toxicológico Jóvenes por la Salud	20
Grupo Oceanía de Drogadictos Anónimos	47
Hogar Integral de Juventud	5
Juventud Luz y Esperanza	12
Grupo Alfa de Alcohólicos Anónimos	20
Grupo Chapultepec de Alcohólicos Anónimos	12
Grupo Nueva Era de Drogadictos Anónimos	18
Grupo Ajusco de Drogadictos Anónimos	17
Grupo Villa Coapa de Alcohólicos Anónimos	20
No Institucionalizados	37

Análisis de Reactivos

Para determinar el poder discriminativo de los reactivos del instrumento se hizo un análisis de reactivo por medio de la prueba de Ji cuadrada para medir diferencias entre dos muestras independientes, la cual se calculó con el programa estadístico SPSS, demostrando diferencias significativas en cada uno de los reactivos entre las muestras. Los datos obtenidos se resumen en la tabla 5.4.

Tabla 5.4. Poder discriminativo de los reactivos según la Prueba de Ji cuadrada

REACTIVO	CONTENIDO	Ji CUADRADA	PEARSON	SIGNIFICANCIA
1	¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?	282.4	.801	.000
2	¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?	90.4	.453	.000
3	¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?	211.8	.694	.000
4	¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?	22.17	.224	.000
5	¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?	65.6	.386	.000
6	¿Ha tenido lagunas mentales o alucinaciones como resultado del uso de drogas?	214.1	.697	.000
7	¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?	346.9	.888	.000
8	¿Su pareja o familiares se queja constantemente porque usted está involucrado con el uso de drogas?	266.6	.778	.000
9	¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?	307.5	.836	.000
10	¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?	229.9	.723	.000
11	¿HA descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?	266.6	.778	.000
12	¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?	243.1	.744	.000
13	¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?	161.2	.605	.000
14	¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?	161.2	.605	.000
15	¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?	161.2	.605	.000
16	¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?	121.8	.527	.000
17	¿Alguna vez ha experimentado síntomas físicos (p.ej. sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?	251.4	.756	.000
18	¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?	132.8	.549	.000
19	¿Ha pedido alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?	227.6	.719	.000
20	¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?	205.3	.683	.000

Confiabilidad

Con estas aplicaciones, también se obtuvo el índice de estabilidad temporal. Se tomó una submuestra de 87 sujetos con disponibilidad para hacer una segunda aplicación, la cual tuvo un lapso desde 21 a 35 días. Con las puntuaciones de ambas aplicaciones se hizo una correlación de Spearman por medio de cálculos estadísticos con el paquete SPSS. Los resultados se muestran en la tabla 5.5.

Tabla 5.5. Estabilidad Temporal con un Índice de significancia $\alpha=.05$

TIPO DE MUESTRA	INDICE DE CONFIABILIDAD
Institucionalizados	.955
No Institucionalizados	.964
General	.984

La confiabilidad por consistencia interna se obtuvo por medio de la fórmula de Kuder Richardson, que fue calculada por medio del paquete estadístico SPSS, obteniendo un valor KR20= .9637, lo que indica una alta consistencia interna del Cuestionario de Abuso de Drogas.

Validez

Para demostrar la validez de criterio externo, se hizo una correlación del diagnóstico arrojado por el CAD con el diagnóstico de Abuso o Dependencia según los criterios del DSM IV, el cual se obtuvo a través de la hoja de datos que cada uno de los sujetos contestaron previamente al CAD.

La correlación que se llevó a cabo fue la de Spearman, para un nivel de medición ordinal, a través del programa estadístico SPSS. Los resultados que se obtuvieron se muestran a través de la tabla 5.6.

Tabla 5.6. Validez de Criterio Externo

	DIAGNÓSTICO CAD	SIGNIFICANCIA
ABUSO	Rho=.101	.05
DEPENDENCIA	Rho=.888	.01

Posteriormente, se llevó a cabo un Análisis Factorial con rotación VARIMAX para obtener la validez de contenido del Cuestionario de Abuso de Drogas. Este análisis indica el número de factores que mide el cuestionario así como los reactivos ubicados en cada uno de éstos. Los valores de dicho análisis se describen en la tabla 5.7.

Tabla 5.7. Análisis Factorial del Cuestionario de Abuso de Drogas

REACTIVO	CONTENIDO	PESO FACTORIAL	FACTOR
1	¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?	.644	3
2	¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?	.631	3
3	¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?	.594	3
4	¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?	.564	3
5	¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?	.639	1
6	¿Ha tenido lagunas mentales o alucinaciones como resultado del uso de drogas?	.644	2
7	¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?	.646	4
8	¿Su pareja o familiares se queja constantemente porque usted está involucrado con el uso de drogas?	.689	1
9	¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?	.795	1
10	¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?	.541	2
11	¿HA descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?	.717	1
12	¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?	.656	1
13	¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?	.560	2
14	¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?	.546	2
15	¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?	.577	2
16	¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?	.494	3
17	¿Alguna vez ha experimentado síntomas físicos (p.ej. sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?	.546	1
18	¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?	.684	2
19	¿Ha pedido alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?	.624	1
20	¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?	.549	1

A través de este análisis también se determinó que estos cuatro factores explican el 54.7% de la varianza total del instrumento. Con los valores anteriores y a partir de un análisis de contenido de los reactivos de cada uno de los cuatro factores se estableció el nombre de cada factor.

Tabla 5.8. Factores del Cuestionario de Abuso de Drogas

FACTOR	REACTIVOS	NOMBRE
I	5,8,9,11,12,17,19,20	Problemas relacionados con el consumo de drogas
II	6,10,13,14,15,18	Dependencia a las drogas
III	1,2,3,4,16	Poliuso

IV	7	Autorreconocimiento del consumo de drogas
----	---	---

Los datos psicométricos de la adaptación del DAST se obtuvieron en población consumidora y no consumidora de drogas, apareadas respecto a sexo y edad. A continuación se describe cómo estuvieron constituidas ambas poblaciones.

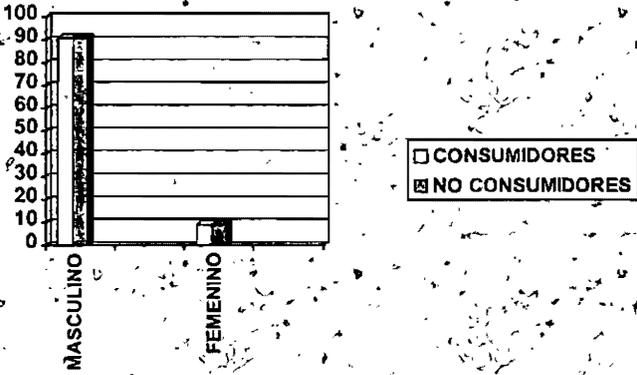


Fig. 5.1 Porcentaje de distribución del sexo masculino y femenino de población consumidora y no consumidora de drogas. N= 220 consumidores, 220 no consumidores.

En la figura 5.1 se muestra la comparación de la distribución de consumidores y no consumidores de drogas de acuerdo al sexo, no encontrando diferencias, ya que en ambas muestras se observa 91% (n=200) sujetos del sexo masculino, mientras que en el sexo femenino 9% (n=20) sujetos. Con esto se puede decir que las muestras estuvieron apareadas en la variable sexo.

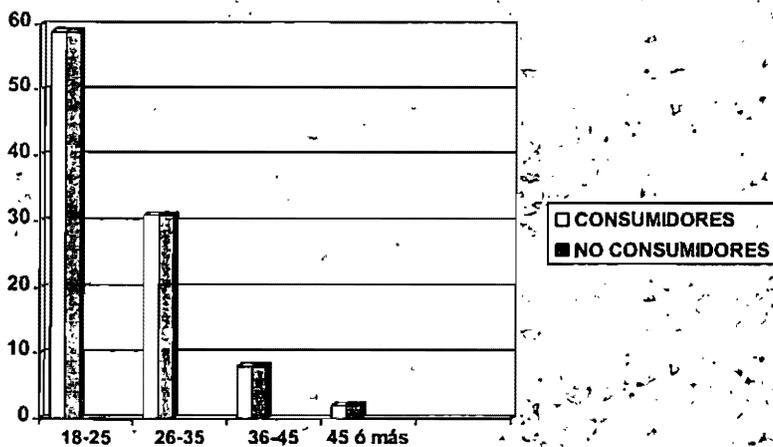


Fig.5.2.- Distribución del de consumidores y no consumidores de drogas según la edad actual. N= 220 consumidores y 220 no consumidores.

En la figura 5.2 se muestra el porcentaje de consumidores y no consumidores de drogas que se agrupan en diferentes grados de edad. Ambas muestras tuvieron esta distribución: 59% (n=129) en la edad de 18 – 25 años; 31% (n=68) en la edad de 26 – 35 años; 8% (n=18) en el rango de edad de 36 – 45 años; 2% (n=5) en el rango de edad de 45 años o más. Como se observa, las muestras también fueron apareada en la variable edad.

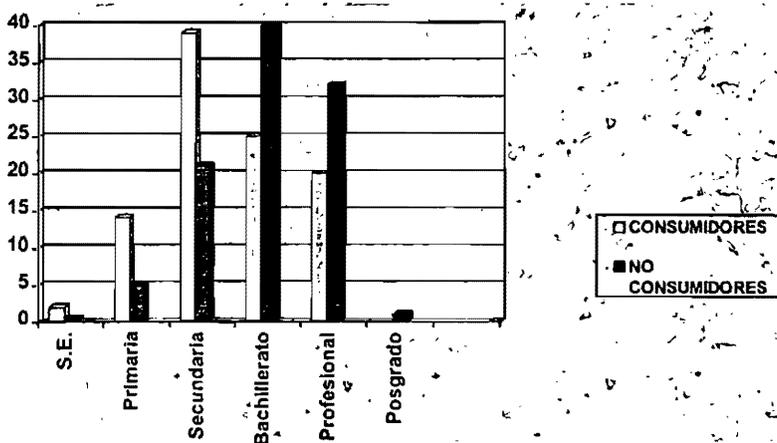


Fig. 5.3.- Distribución del porcentaje de consumidores y no consumidores de droga, de acuerdo a nivel de escolaridad. N= 220 consumidores y 220 no consumidores.

La figura 5.3 representa la distribución de consumidores y no consumidores según escolaridad. De esta manera, se observa en la categoría "sin escolaridad" un 2% (n=4) de consumidores y un .5% (n=1) de no consumidores; en "primaria" un 14% (n=32) de consumidores y un 5% (n=11) de no consumidores; en "secundaria" un 39% (n=86) de consumidores y un 21% (n=47) de no consumidores; en "bachillerato" un 25% (n=54) de consumidores y un 40% (n=87) de no consumidores; en "profesional" un 20% (n=44) de consumidores y un 32% (n=71) de no consumidores; mientras que en "posgrado" un 0% de consumidores y un 1% (n=3) de no consumidores. La diferencia en la distribución de ambas muestras resultó estadísticamente significativa ($X^2=37.8$, $Sig=.000$), por lo cual se describen las diferencias a continuación.

En la figura 5.3 se observa que la moda de consumidores se ubica en "Secundaria", mientras que en la población no consumidora en "Bachillerato", así como la categoría "Sin escolaridad" figura en la población No consumidora con un mínimo de .5%, mientras que en los consumidores alcanza un 2%. Por otro lado, la categoría "Posgrado" no se presenta en los consumidores.

Cabe mencionar que se pretendió aparear ambas muestras en la variable de escolaridad, sin embargo, debido a las características de cada tipo de población, no fue posible hacer un apareamiento exacto.

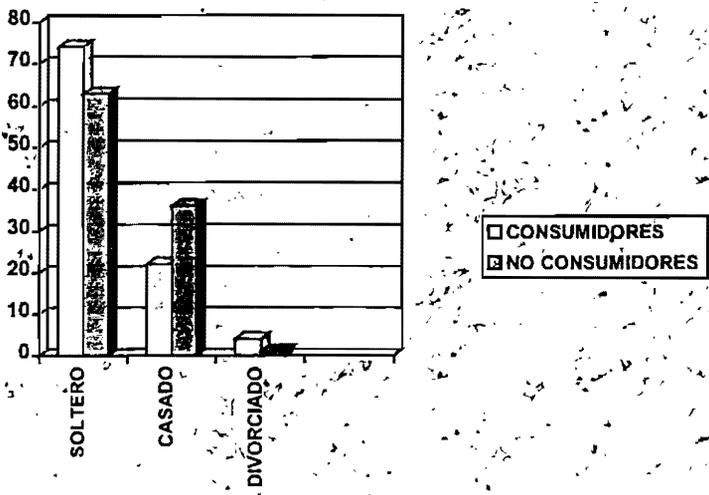


Fig. 5.4.- Distribución del porcentaje de consumidoras y no consumidoras de drogas según estado Civil. N= 220 consumidoras y 220 no consumidoras.

En la figura 5.4 se muestra la distribución de consumidores y no consumidores de drogas según estado civil, la cual fue: en la categoría "Soltero", 74% (n=163) de consumidores y 63% (n=139) de no consumidores; en la categoría "Casado", 22%(n=49) de consumidores y 36% (n=78) de no consumidores; mientras que en la categoría "Divorciado ", 4% (n=8) de consumidores y 1% (n=3) de no consumidores.

Aunque la variable estado civil no fue un criterio de apareamiento entre ambas muestras, es interesante mostrar la distribución de dicha variable, pues resultó muy semejante entre estas, ya que por ejemplo, la moda de ambos casos es "Soltero", y la menor frecuencia para las dos se encuentra en la categoría "Divorciado". Sin embargo, esta semejanza a simple vista, no resultó estadísticamente significativa, ya que a través de la prueba de ji cuadrada según el SPSS, se comprueba que las muestras son diferentes en la variable estado civil ($X^2=13.00$ sig=.005).

Una vez revisada la comparación de ambas muestras en cuanto a las variables de mayor importancia (para revisar la distribución en otras variables ver ANEXO 5), a continuación se presenta la descripción de los datos más interesantes de la muestra de consumidores de drogas, que contestaron el cuestionario para el presente estudio.

B) RESPUESTAS AL DAST 20 EN ESPAÑOL POR 220 USUARIOS DE DROGAS ILEGALES.

Las respuestas que los consumidores dieron al DAST 20 en español en cada uno de los reactivos, se representa a través de la figura 5.5.

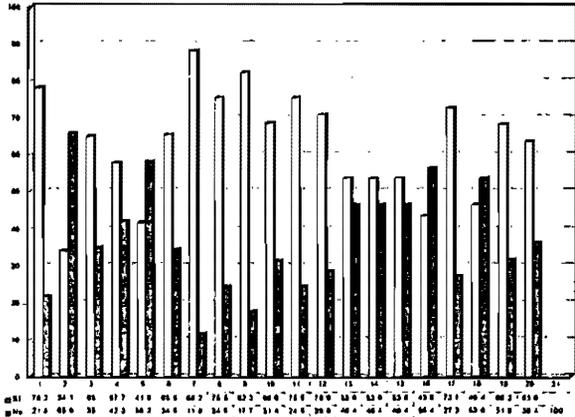


Figura 5.5 Porcentaje de Consistencia de Respuestas por Reactivo en Población Consumidora N= 220

Así mismo se observó el comportamiento de la población consumidora según el diagnóstico del DAST 20 en español en relación con las variables que se tomaron en cuenta al momento de aparear las muestras.

De esta manera, en la figura 5.6 se representa la distribución de consumo según el sexo, donde se observa que de los consumidores del sexo masculino, el 12% (n=26) tuvo un diagnóstico "leve", el 19% (n=41) tuvo un diagnóstico "moderado", el 27%(n=60) un diagnóstico "sustancial" y el 32%(n=73) un diagnóstico "severo"; mientras que de los consumidores del sexo femenino, el 1%(n=3) tuvo un diagnóstico "leve", el 4%(n=9) un diagnóstico "moderado", el 2%(n=4) un diagnóstico "sustancial" y otro 2%(n=4) un diagnóstico "severo".

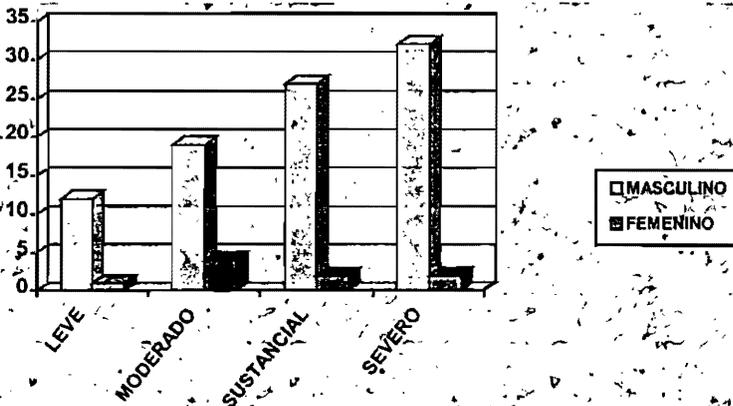


Fig. 5.6. Distribución de diagnóstico de consumo según el DAST20 en español por sexo (n=220).

En la figura 5.7 se observa la distribución de consumo según la edad, la cual comprende en la categoría de 18 a 25 años, un 13%(n=27) con diagnóstico "leve", un 13%(n=28) con diagnóstico "moderado", un 13%(n=29) con diagnóstico "sustancial" y 20%(n=45) con diagnóstico "severo"; en la categoría de 26 a 34 años, un 1%(n=3) con diagnóstico "leve", un 6%(n=12) con diagnóstico "moderado", un 11%(n=24) con diagnóstico sustancial y 13%(n=29) con diagnóstico "severo"; en la categoría de 35 a 45 años, un 0.5%(n=1) con diagnóstico "leve", un 1%(n=3) con diagnóstico "moderado", un 3%(n=7) con diagnóstico "sutancial" y 4% (n=8) con diagnóstico "severo"; en la categoría de más de 45 años, no figura el diagnóstico "leve" ni el "severo", en el "moderado" cae un 1%(n=3) y en el "sustancial" un 0.5%(n=1).

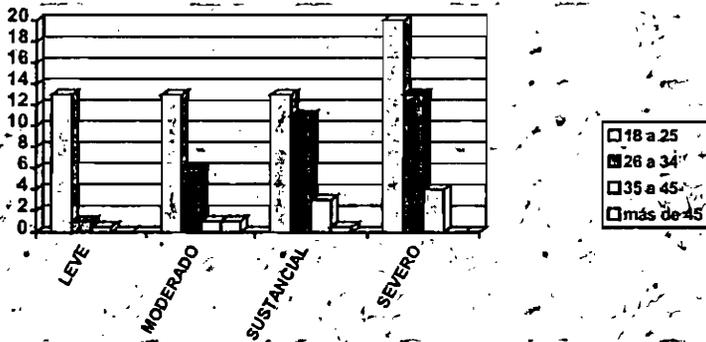


Fig.5.7 Distribución de diagnóstico según el DAST 20 en español por edad.

En la figura 5.8 se representa la distribución del diagnóstico de consumo del DAST 20 en español según la escolaridad de los consumidores. En la categoría *Sin Escolaridad* 0.5%(n=1) tuvo un diagnóstico "moderado", 0.5%(n=1) un diagnóstico "sustancial" y 1%(n=2) un diagnóstico "severo"; en la categoría *Primaria* 1%(n=2) tuvo un diagnóstico "leve", 1%(n=3) un diagnóstico "moderado", 4%(n=10) un diagnóstico "sustancial" y 13%(n=17) un diagnóstico "severo"; en la categoría *Secundaria* 2%(n=5) tuvo un diagnóstico "leve", 5%(n=12) un diagnóstico "moderado", 11%(n=24) un diagnóstico "sustancial" y 18%(n=40) un diagnóstico "severo"; en la categoría *Bachillerato* 3%(n=6) tuvo un diagnóstico "leve", 9%(n=21) un diagnóstico "moderado", 7%(n=15) un diagnóstico "sustancial" y 6%(n=14) un diagnóstico "severo"; en la categoría *Profesional* 8%(n=18) tuvo un diagnóstico "leve", 5%(n=12) un diagnóstico "moderado", 4%(n=9) un diagnóstico sustancial y 1%(n=3) un diagnóstico "severo".

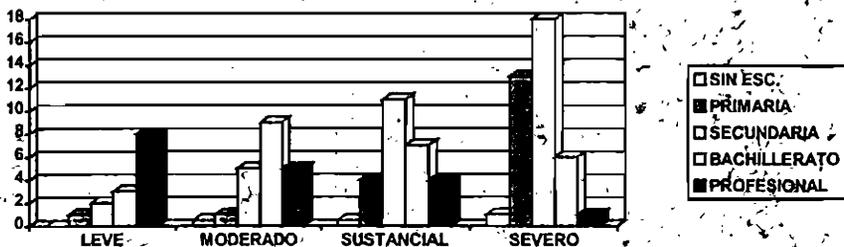
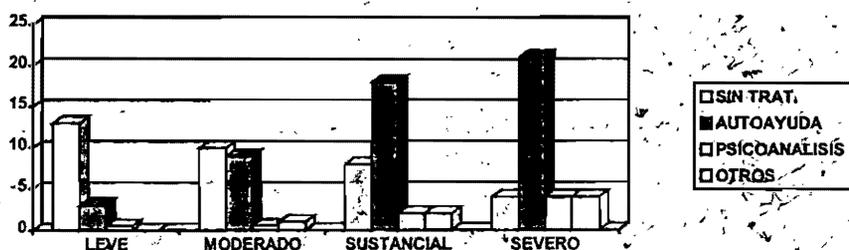


Fig. 5.8. Distribución de diagnóstico de consumo según el DAST 20 en español por escolaridad.

La figura 5.9 muestra la distribución de diagnóstico del DAST 20 en español según el tipo de tratamiento que han recibido los consumidores. De esta manera se observa que entre los consumidores *Sin Tratamiento Previo*, un 13%(n=28) tuvo un diagnóstico "leve", un 10%(n=23) un diagnóstico "moderado", un 8%(n=18) un diagnóstico "sustancial" y 4%(n=9) un diagnóstico "severo"; entre aquellos que formaron parte de *Grupos de Autoayuda* 3%(n=7) tuvo un diagnóstico "leve", un 9%(n=19) un diagnóstico "moderado", un 18%(n=39) un diagnóstico sustancial y 21%(n=47) un diagnóstico "severo"; en cuanto a los que recibieron *Tratamiento Psicoanalítico* el 0.5%(n=1) tuvo un diagnóstico "leve", 0.5%(n=1) un diagnóstico "moderado", un 2%(n=4) un diagnóstico "sustancial" y un 4%(n=10) un diagnóstico "severo"; en lo que se refiere a las personas que acudieron a *Otro Tipo de Tratamiento* 1%(n=2) tuvo un diagnóstico "moderado", un 2%(n=4) un diagnóstico "sustancial" y 4%(n=8) un diagnóstico "severo".



5.9 Distribución del diagnóstico DAST 20 en español por tipo de tratamiento recibido.

En cuanto a las características de la población consumidora, destacan la distribución por ingresos, el tipo de droga consumida y los tratamientos previos. A continuación se describen las distribuciones de cada una de ellas.

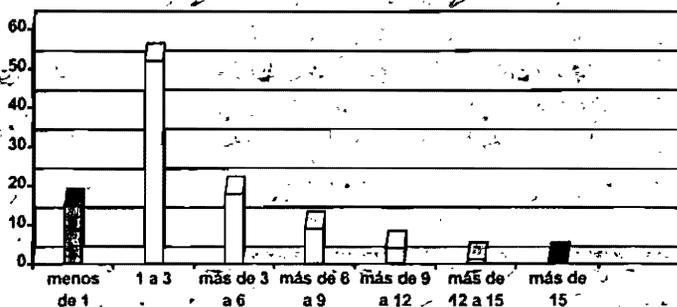


Fig. 5.10.- Distribución del porcentaje de consumidores de drogas por ingresos mensuales (salarios mínimos) N= 220 consumidores.

En la figura 5.10 se observa la distribución de consumidores de drogas, según el nivel de ingresos, la cual se resume: "Menos de 1 salario mínimo" 15% (n=34), "1 a 3 salarios mínimos" 52% (n=115), "Más de 3 a 6 salarios mínimos" 18% (n=39), "Más de 6 a 9 salarios mínimos" 9% (n=19), "Más de 9 a 12 salarios mínimos" 4% (n=9), "Más de 12 a 15 salarios mínimos" 1% (n=3), "Más de 15 salarios mínimos" 1% (n=1).

Esta figura muestra que la mayoría de los consumidores tienen un ingreso de 1 a 3 salarios mínimos, siguiendo con más del 20% de la muestra la categoría "Más de 3 a 6 salarios mínimos", y la menor frecuencia se encuentra en la categoría "Más de 15 salarios mínimos".

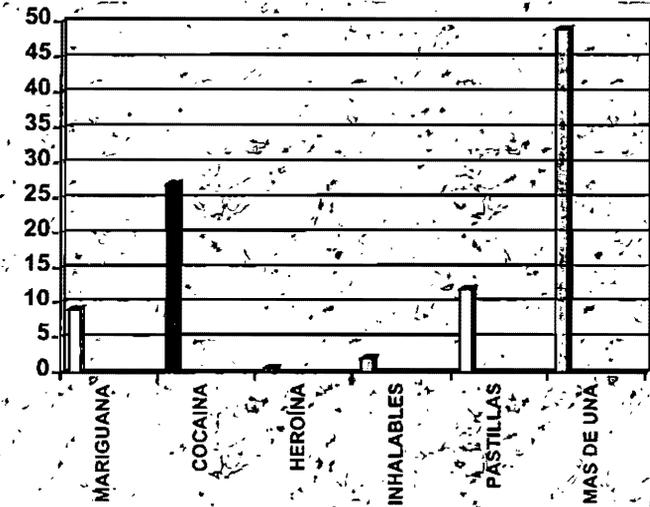


Fig. 5.11.- Distribución del porcentaje de consumidores de drogas por tipo de droga consumida. N=220 consumidores.

En la figura 5.11 se muestra la distribución del porcentaje de consumidores por tipo de droga consumida. De esta manera, se observa por categoría: "Marijuana" un 9% (n=20) de consumidores, "Cocaína" un 27% (n=59), "Heroína" un .5% (n=1), "Inhalables" un 2% (n=4), "Pastillas" un 12% (n=28) de consumidores, "Más de una droga" un 49% (n=108).

En la distribución de Tipo de droga consumida, se observa que la categoría que ocupa el primer lugar de consumo es "Más de una", seguida de cocaína; posteriormente, pastillas y subsecuentemente marihuana. Con una frecuencia menor, aparecen inhalables y heroína.

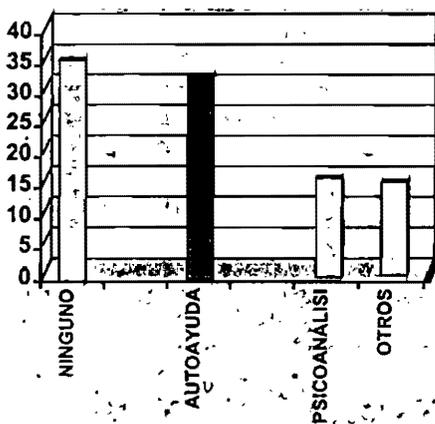


Fig. 5.12.- Distribución del porcentaje de consumidores que ha recibido algún tipo de tratamiento relacionado con su consumo de drogas. N= 220 consumidores

La figura 5.12 muestra la distribución de consumidores de droga por tipo de tratamiento que han recibido. Se observa que un 36% (n =79) no han recibido "Ningún tratamiento", un 33% (n=73) han formado parte de algún grupo de "Autoayuda" (Alcohólicos Anónimos o Drogadictos Anónimos), un 16% (n = 35) han acudido a "Psicoanálisis" y un 15% (n=33) de consumidores han acudido a "Otros" tratamientos (comunitario, psiquiátricos, farmacológico y cognitivo conductual).

En esta figura también se puede apreciar que la mayoría de consumidores de drogas no ha recibido tratamiento previo, mientras que dentro de los consumidores que lo han recibido, la mayoría acudió a grupos de autoayuda, quedando en segundo lugar los tratamientos psicoanalíticos, y con menor frecuencia otro tipo de tratamientos.

Cabe mencionar que el muestreo de la población consumidora se realizó en toda el área metropolitana, agrupando a los consumidores en 4 zonas geográficas del Distrito Federal, las cuales abarcan las delegaciones políticas de ésta entidad, así como algunos municipios del Estado de México. De esta manera, la muestra se distribuyó: Zona Norte 8% (n=18), Zona Centro 31%(n=68), Zona Sur 52%(n=116), Municipios 8%(n=18).

* Norte: Azcapotzalco, Gustavo A. Madero Centro: M. Hidalgo, Cuauhtémoc, Iztacalco y V. Carranza Sur: Cuajimalpa, B. Juárez, A. Obregón, Coyoacán, Iztapalapa, Contreras, Tlalpan, Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac Municipios: Ecatepec, Nezahualcóyotl

**DISCUSIÓN
Y
CONCLUSIONES**

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de la tesis fue confiabilizar y validar el DAST 20 (versión en español, Cuestionario de Abuso de Drogas, CAD) en población mexicana mayor de 18 años que comprende usuarios y no usuarios de sustancias adictivas.

El Drug Abuse Screening Test (Skinner, 1982) es un instrumento que de amplio uso tanto en Estados Unidos como en Canadá y ha sido objeto de estudios que han probado sus propiedades psicométricas en poblaciones de dichos países; con el presente estudio se busca obtener las propiedades psicométricas ahora para la población mexicana.

En primer lugar, se puede afirmar que el instrumento muestra validez de facie en el idioma español dado que en el interjueco se obtuvo un 89% de acuerdo en que el DAST 20 mide *Consecuencias del consumo de drogas*, lo cual coincide con el objetivo del autor (Skinner, 1982).

Dentro del mismo análisis de interjueco los expertos vertieron su opinión acerca de la correspondencia de los reactivos a los diferentes factores que encuentra Skinner en 1982, de lo cual se obtuvo el porcentaje de acuerdo entre los expertos y el autor ya citado (ver Tabla 1). De esta manera, se encuentra que los reactivos que tienen una correspondencia del 80 al 100% son los reactivos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19 y 20. Por otro lado, se encontró una correspondencia baja que va del 0 al 20.5 en los reactivos 2, 7, 14 y 17. Lo anterior indica que a juicio de los expertos la mayoría de los reactivos coincide con cada uno de los factores que encuentra el autor en su análisis factorial, lo que es favorable para la validez de facie. Sin embargo, los cuatro reactivos restantes tuvieron un porcentaje de correspondencia muy baja que abrió paso a las autoras de este estudio a tomar en cuenta el dato para un análisis posterior en el momento de hacer el análisis factorial para la validez de contenido del Cuestionario de Abuso de Drogas.

Asimismo, el piloteo realizado a 30 personas permitió corroborar que tanto las instrucciones como todos y cada uno de los reactivos del Cuestionario de Abuso de Drogas eran comprendidos sin ningún problema por personas de diferente escolaridad, sexo, profesión y edad; procediendo entonces a la aplicación del CAD a la muestra de no consumidores y consumidores de drogas incluyendo a usuarios de diversos centros que ofrecen tratamiento con el consumo de drogas. Aquí cabe mencionar que no obstante que la aplicación se llevó a cabo en centros que tenían la disponibilidad para colaborar en el presente estudio, se buscaron instituciones ubicadas en diversas zonas del Distrito Federal, incluso algunas que contaban con pacientes que residen en

municipios como Ecatepec y Nezahualcoyotl; esto aumenta la representatividad de la muestra de la población consumidora de la ciudad de México.

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de reactivos del instrumento, el cual demostró que todos los reactivos discriminaron entre la población consumidora y no consumidora de drogas, ya que las diferencias obtenidas por el método de Ji cuadrada, resultaron ser significativas al .000 para todos los reactivos, lo cual se muestra en la Tabla 5.4. Estos datos coinciden con el poder discriminativo de los reactivos analizados por Skinner en 1982.

Con base en la misma aplicación, se obtuvieron los índices de confiabilidad y validez del instrumento. Dentro del índice de confiabilidad se obtuvo el de estabilidad temporal y el de consistencia interna (Kuder-Richardson).

En este estudio, el índice de estabilidad temporal obtenido fue de $r=.984$ en una muestra de 87 consumidores de drogas, entre los cuales se encontraban personas institucionalizadas y no institucionalizadas. Este índice resulta ser satisfactorio, según los criterios señalados por Anastasi y Urbina (1998). En comparación con los datos obtenidos en otras investigaciones, se encuentra que el resultado obtenido fue más alto que en la de la investigación de Cocco y Carey (1998). Estos autores encontraron un índice de estabilidad temporal de $r=.78$ en una muestra de 73 hombres y 24 mujeres pacientes de una institución psiquiátrica; mientras que comparado con la investigación realizada por Skinner en 1982 es más semejante, ya que este autor encontró una $r=.92$ en una población de 256 consumidores de alcohol y drogas (72% hombres, 28% mujeres) pacientes de la clínica de la Addiction Research Foundation. Es posible mencionar que la diferencia de estos índices puede hallar explicación en los tipos de muestra, ya que la menor diferencia observada coincide con características semejantes entre la utilizada por Skinner y el presente estudio. Estos datos sustentan la estabilidad temporal del Cuestionario de Abuso de Drogas en población mexicana mayor de 18 años.

El índice de confiabilidad por consistencia interna obtenido por medio de la fórmula de Kuder-Richardson arrojó un resultado de $KR20=.9637$, el cual también cumple con los criterios deseables ya mencionados (Anastasi y Urbina, op. cit.). Al compararlo con los estudios que llevan a cabo tanto Cocco et al. (op. cit.) como Skinner (1982) resulta ser mayor, pues ambos obtuvieron un índice de .92; sin embargo, la diferencia encontrada es pequeña y cabe mencionar que dichos autores concluyen con este dato que la consistencia interna del instrumento es excelente; conclusión que se puede extender al Cuestionario de Abuso de Drogas desarrollado aquí.

Por otro lado, el análisis de validez del CAD se llevó a cabo por medio de los métodos de

Criterio Externo y Factorial.

El método de Criterio Externo se llevó a cabo por medio de una correlación de Spearman, entre el diagnóstico de Abuso o Dependencia del DSM IV y el diagnóstico que ofrece el CAD del rango de problemas ocasionados por el consumo de drogas, esto debido a que el DAST se construye con fundamento en los criterios del DSM III (Skinner, 1982). Los resultados de dicha correlación fueron bajos en el caso de la categoría de Abuso de drogas ($Rho=.101$), mientras que en el caso de la categoría de Dependencia a las drogas la correlación fue alta ($Rho=.888$). Estos resultados muestran que el instrumento detecta más fácilmente consumidores con un nivel alto de consumo (Substancial y Severo), que consumidores con un nivel bajo (Leve y Moderado), lo cual indica que el instrumento es útil pero depende del nivel de consumo.

Lo anterior podría indicar de que la población no consumidora es más similar a población consumidora en los niveles bajos de consumo, pero se van haciendo cada vez más diferenciadas en los niveles altos. Esto demuestra que el CAD maximiza la probabilidad de encontrar un Error del Tipo I (que una persona con un consumo bajo no sea diagnosticada como consumidor), y minimiza la probabilidad de encontrar un Error del Tipo II (que una persona que no consume sea diagnosticada como consumidor). Para fines clínicos esto es más plausible, pues el CAD detecta con gran precisión un consumo que vaya de moderado a excesivo, mismo que es el que requiere tratamiento, aumentando la probabilidad de que personas diagnosticadas con este tipo de consumo tengan una intervención oportuna y acorde a su nivel de consumo.

El segundo método de validez fue el método de validez de contenido, por medio de un análisis factorial. De éste, a diferencia del análisis realizado por Skinner en 1982 en el que encuentra un solo factor principal que explica el 45.4% de la varianza total, resultaron cuatro factores que explican el 54.7% de la varianza total del instrumento; lo cual, por otro lado, coincide con el análisis llevado a cabo por Skinner y Goldberg (1986), con una población de 105 usuarios de narcóticos con una distribución de 76% hombres y 24% mujeres, en el cual los factores encontrados explican el 55% de la varianza total. Las diferencias inherentes a las poblaciones de los estudios mencionados pueden ser la causa de la diferencia en los porcentajes de varianza explicada. Por lo tanto, con base en los resultados obtenidos (cuatro factores que explican el 54.7% de la varianza total del instrumento), se puede afirmar que el Cuestionario de Abuso de Drogas demostró tener validez de contenido.

Al hacer la comparación de los factores que se encontraron en el presente estudio, con los factores encontrados en otras investigaciones, se observan algunas diferencias entre el número de factores y el nombre de los mismos. En el presente estudio, como ya se mencionó, resultaron

cuatro factores, a saber: Problemas relacionados con el consumo de drogas (reactivos:5, 8, 9,11, 17, 19, 20), Dependencia a las drogas (reactivos: 6, 10,13, 14,15, 18) Poliuso de drogas (reactivos: 1,2, 3, 4, 16), Autorreconocimiento del consumo de drogas (reactivo:7); a diferencia de Skinner y Goldberg (op. cit.) que encuentran 5 factores que son: Dependencia a las drogas (reactivos:4, 5, 17), Problemas sociales (reactivos:8,9,10,11,12,13,14, 15), Problemas médicos (reactivos: 6, 18), Poliuso de drogas (reactivos:1,2,3,14, y 16), Ayuda previa (reactivos: 7,19,20) Aquí se observa que a pesar de que no hay una coincidencia exacta entre el número de factores y los reactivos que caen en cada uno de estos, sí existe en cambio un semejanza en el contenido de ellos.

Los resultados del estudio que hace Saltstone en 1994 sobre el DAST 20, corroboran lo anterior, ya que este autor encuentra cuatro factores: 1) Patrón de uso de drogas, problemas familiares y sociales, patologías médicas y búsqueda de ayuda, 2) Problemas laborales, 3) Patrón de uso de drogas, agresión y patologías médicas, 4) Autocontrol de uso de drogas, síntomas del retiro. En este caso, es importante señalar que se observa una coincidencia en el número de factores encontrados.

Además cabe mencionar que en la validez de facie se marcó la pauta para conocer la ubicación de algunos reactivos que marcaron muy baja correspondencia con los reactivos propuestos por Skinner y Goldberg (op. cit.), el análisis de dichos reactivos indica que sólo los reactivos 2 y 16 coinciden con la correspondencia marcada por dichos autores entre estos reactivos y el factor de poliuso de drogas; mientras que el reactivo 7 cae en un factor que no encuentran aquellos autores y que en el presente estudio aparece como autorreconocimiento del consumo de drogas, y por último, el reactivo 14 cae en un factor diferente al propuesto por Skinner y Goldberg (op. cit.) correspondiendo al factor denominado como Dependencia a las drogas.

Con todo lo anterior, se observa que el CAD demostró ser válido y confiable en población mexicana mayor de 18 años consumidora y no consumidora de drogas.

Así mismo las características demográficas de la muestra sustentan los datos psicométricos encontrados, ya que las muestras de consumidores y no consumidores de drogas se aparearon en variables como sexo y edad, lo cual hace homogéneas a las muestras, y permite generalizar los hallazgos encontrados a poblaciones similares. Tal vez hubiera sido deseable igualar los dos grupos en todas las variables demográficas; sin embargo, debido a que esto resulta imposible, se tomaron aquellas variables que la ENA (1998) señala como factores de riesgo de consumo de drogas.

Vale la pena analizar qué tanto influyen en los resultados del Cuestionario de Abuso de Drogas, las diferencias significativas encontradas en otras variables, tales como la escolaridad y el estado civil. Para la primera, se puede decir que aunque las diferencias encontradas fueron significativas, éstas no influyen en el resultado del CAD, dado que se exploraron todos los niveles de escolaridad en ambas muestras, encontrando comprensión del instrumento en todos ellos. Además, cabe señalar que la escolaridad es una variable que se sabía que iba a comportarse de manera diferente en cada muestra, debido a las características propias de cada una de éstas, ya que la escolaridad es un factor de protección en el consumo de drogas (Medina-Mora, 1994).

Por lo que respecta a la variable estado civil, al observar la distribución de ambas muestras, resultó interesante que a simple vista tenían una distribución muy semejante, con lo cual se podía pensar que no había ninguna correlación entre esta variable demográfica y el consumo de drogas; sin embargo, sí resultó haber una diferencia estadísticamente significativa, sugiriendo entonces la posibilidad de un estudio posterior que profundice la probabilidad de una correlación entre el consumo de drogas y el estado civil. Lo mismo se puede hacer con cada una de las variables demográficas presentadas en el Anexo 5, que si bien son muy interesantes van más allá de los fines del presente estudio.

Describiendo las características más interesantes de la muestra de consumidores de drogas, se encuentra en primer lugar que predominó un nivel socioeconómico bajo, ya que más del 50% de esta muestra cae en el rango de ingresos de 1 a 3 salarios mínimos. Estos datos coinciden con el tipo de Instituciones a las que se acudió para realizar las aplicaciones del CAD, debido a que todas ellas eran de asistencia pública; no pudiendo afirmar que no exista consumo en un nivel socioeconómico más alto, ya que las Instituciones de asistencia privada no permitieron el acceso.

En segundo lugar, se consideró el tipo de droga consumida, encontrando que casi el 50% de la muestra ha consumido más de una sustancia adictiva, lo que podría ser un indicador de que hoy en día no es muy común encontrar consumidores de una sola sustancia, datos que sugieren el desarrollo de tratamientos enfocados a este tipo de consumo.

Finalmente, en relación con el tipo de tratamiento al que han acudido los consumidores, tenemos que la mayoría (36%) no ha acudido a ningún tratamiento, mientras que de los que han acudido, el 33% ha formado parte de grupos de autoayuda. Esto refleja el poco éxito que ha tenido la difusión de prevención secundaria en el tratamiento de adicción a sustancias, ya que muy pocos han acudido a nuevos tipos de tratamiento, como los son el comunitario o el cognoscitivo - conductual.

Por otro lado, en relación con las respuestas que dio al CAD la muestra de consumidores, se encuentra un porcentaje mayor de respuestas afirmativas en la mayoría de los reactivos, siendo la excepción las preguntas 2, 4, 16 y 18. Respecto a dichos reactivos se observa que el reactivo 2 menciona el uso de drogas médicas, las cuales no son consumidas por todos los usuarios participantes del estudio; el reactivo 4, que es un reactivo inverso, por su contenido indaga la percepción que los usuarios tienen respecto a su consumo, por lo que la consistencia de respuesta que se observó indica que la mayoría de ellos no percibe la dimensión real de su consumo; mientras que los reactivos 16 y 18 se refieren a consecuencias propias de una dependencia de sustancias, la cual no se presenta en todos los consumidores de esta población.

La respuesta al CAD por parte de la población consumidora también permitió hacer un análisis del consumo de estas personas según el diagnóstico de problemas relacionados por el consumo, que ofrece dicho instrumento, en variables orgánicas específicas como sexo, edad y escolaridad.

En primer lugar, al analizar el sexo de los consumidores y su nivel de problemas relacionados con el consumo, se encontró que la mayoría de los consumidores del sexo masculino tienen un grado de problemas relacionados con el consumo que va de "sustancial" a "severo"; mientras que los consumidores del sexo femenino reportan en su mayoría un grado "moderado" de problemas relacionados con el consumo. Con este dato se podría inferir que el nivel de problemas por el consumo es más grave en la población masculina, sin embargo, se debe tomar en cuenta que el porcentaje de población femenina que participó en este estudio es solo del 10% de la muestra (n=20) por lo que se sugiere explorar más el dato en estudios futuros en los que participe un porcentaje mayor de mujeres.

En segundo lugar, al analizar la edad de los consumidores y su nivel de problemas relacionados al consumo, se observa que la mayoría de los consumidores de 18 a 45 años tienen un nivel de problemas de "sustancial" a "severo"; mientras que aquellos que son mayores de 45 años tienen en su mayoría un nivel de problemas "moderado"; así como los consumidores de 18 a 25 años muestran la misma distribución en los niveles "leve", "moderado" y "severo"; lo anterior refleja que los niveles de problemas más graves se presentan en población joven.

En tercer lugar, el análisis de nivel de problemas relacionados con el consumo y la escolaridad, permite ver que tanto en los consumidores sin escolaridad como con una escolaridad de primaria a bachillerato, la mayoría de la distribución se agrupa en los niveles que van de "sustancial" a "severo"; mientras que los consumidores con una escolaridad profesional tuvieron en su mayoría niveles de problemas "leve" y "moderado". Con esto se corrobora que la escolaridad es

un factor de protección en el consumo de sustancias adictivas (Medina – Mora, op. cit.).

En cuarto y último lugar del análisis del comportamiento de la población consumidora según el CAD, se encuentra por lo que respecta al tipo de tratamiento recibido, aquellos consumidores con un nivel de problemas "leve" y "moderado" en su mayoría no han recibido ningún tratamiento en adicciones; y aquellos que tienen un nivel de problemas que va de "sustancial" a "severo", han acudido en su mayoría a grupos de Autoayuda. Aquí cabe cuestionar la efectividad de este tipo de tratamiento, ya que es al que se acude en la mayor parte de los casos, pero el nivel de problemas relacionados con el consumo también es muy alto.

Con este estudio, se permiten corroborar las propiedades psicométricas de la versión en español del DAST 20. Dado que este instrumento también fue construido con fines de diagnóstico clínico (además de investigación), cabe señalar algunas de las implicaciones clínicas que se han observado en el Modelo Breve para Usuarios de Cocaína que se lleva a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología, UNAM, ya que este instrumento ha sido aplicado por parte del Maestro Roberto Oropeza y cols. en la sesión de Admisión. Una de ellas es que permite el tamizaje del consumo problemático de sustancias adictivas ilegales. Una segunda implicación, es que puede ser autoadministrable o bien, administrarse en forma de entrevista. Otra de ellas, es que la aplicación en forma de entrevista le ha permitido a algunos pacientes pasar de la precontemplación de su uso de drogas a la contemplación de este, lo cual es parte fundamental para un tratamiento exitoso para este tipo de problemas (Prochaska y DiClemente, op. cit.). De igual manera, ayuda en la evaluación del tratamiento al comparar una medida pre y post del diagnóstico arrojado por el instrumento. Cabe mencionar que estas implicaciones solamente se pueden corroborar después de un uso sistemático del instrumento en la clínica, abriendo paso a una investigación que se enfoque en este aspecto.

Por lo tanto, se encuentra que el uso apropiado del instrumento se refiere únicamente al tamizaje de uso de drogas en condiciones óptimas de aplicación, esto es, si es en forma de entrevista, evitar la confrontación y fomentar el paso de la precontemplación a la contemplación, así como no sugerir respuestas en el usuario; mientras que, si es en forma autoadministrada, se debe garantizar la comprensión de todos los reactivos por parte del usuario.

Dentro de los riesgos en los que se puede caer al hacer uso del CAD, está el inferir un comportamiento futuro del consumidor, ya que el CAD solamente es un diagnóstico del consumo que se ha tenido desde hace un año hasta la fecha actual. Un riesgo adicional sería dejar de lado otros aspectos que complementen el diagnóstico de consumo de drogas, tales como las

situaciones de riesgo, o que sustituyan a la entrevista, la cual es la base de un diagnóstico completo. Por lo tanto, se recomienda usar el CAD junto con otros instrumentos que se complementen en la información que proporcionan sobre el consumo de drogas que tiene el paciente.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones encontradas en este estudio fueron, en primer lugar, el acceso a la población consumidora debido a las políticas de muchas de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, de nuestro país. En segundo lugar, lo anterior impidió obtener una muestra totalmente representativa de la población. Así mismo, se encontró poca disponibilidad de los consumidores para una segunda aplicación del Cuestionario de Abuso de Drogas, con el fin de llevar a cabo el análisis de estabilidad temporal.

Por otro lado, la escasez de instrumentos desarrollados con el mismo fin que el CAD, en nuestro país, acarrea limitantes bibliográficas, así como una nula comparación con investigaciones sobre el mismo instrumento en población mexicana.

Por lo anterior, se sugiere seguir la línea de investigación en adicciones que se comenzó en la Facultad de Psicología de la UNAM, específicamente en el desarrollo de instrumentos de diagnóstico e intervenciones oportunas al tipo de consumo. En particular, sobre el Cuestionario de Abuso de Drogas, queda abierta la invitación a llevar a cabo el estudio que se enfoque en la obtención de normas de calificación para población mexicana.

Referencias

- Abrams, B. D. y Niaura, R. S. (1987). *Social Learning Theory*. En Blane H. T. y Leonard, K. E. **Psychological Theories of Drinking Behavior** (pp. 131 - 178). New York: Guilford.
- Addiction Research Foundation. **Directory of client outcome measures for addiction treatment programs**. Addiction Research Foundation.
- Aiken, L. R. (1997). **Tests Psicológicos y Evaluación**. México: Prentice – Hall.
- American Psychology [APA] (1994). **DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). **Tests Psicológicos**. México: Prentice – Hall.
- Annis, H. M. (1990). *Relapse to Substance Abuse: Empirical Findings within a Cognitive Social Learning Approach*. **Journal of Psychoactive Drugs**, 22 (2), 117 - 124.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. L. y Gutiérrez, L. M. (1995). *Los Resultados Iniciales de un Programa de Autocontrol para Bebedores Problema en México*. **Salud Mental**, 18 (4), 18 – 24.
- Brailowsky, S. (1999). **Las Sustancias de los Sueños**. México: FCE
- Cabrera, S. S. (1999). *Drug Use Among Hispanic Youth: Examining Common and Unique Contributing Factors*. **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, 21 (1), 89 – 103.
- Cocco, K. M. y Carey, K. B. (1998). *Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test in Psychiatric Outpatients*. **Psychological Assessment**, 10 (4), 408-414.
- Davies, D. L. (1974). *Is alcoholism really a disease ?* **Contemporary Drug Problems**, 3 (2), 197 – 212.
- Donohue, B., Van Hassell, B. V., Hersen, M., Perrin, S. (1999). *Substance Refusal Skills in a Population of Adolescents Diagnosed with Conduct Disorder and Substance Abuse*. **Addictive Behaviors**, 24 (1), 37 – 46.

Edens, J. F. y Willoughby, F. W. (1999). *Motivational profiles of polysubstance – dependent patients: Do they differ from Alcohol – dependent patients?* **Addictive Behaviors**, 24 (2), 195 – 206.

García – Pelayo, R. (1984). *Nuevo Diccionario Enciclopédico Larousse*. México: Larousse.

SSA – **Encuesta Nacional de Adicciones 1998** (1999). *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones*. México.

Gavin, D. R., Ross, H. E. y Skinner, H. A. (1989). *Diagnostic Validity of the Drug Abuse Screening Test in the Assessment of DSM – III Drug Disorders*. **British Journal of Addiction**, 84, 301-307.

Husband, S. D., Marlowe, D. B., Lamb, R.J., Iguchi, M. Y., Bux, D. A., Kirby, K. C. y Platt, J. J. (1996). *Decline in Self Reported Dysphoria after Treatment Entry in Inner-city Cocaine Addicts*. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 64(1), 221-224.

Kaplan, C. D., Hush, J. A. y Bieleman, B. (1994). *The Prevention of Stimulant Misuse*. **Addiction**, 89, 1517-1521.

Lee, N. K., Greely, J. y OEI, T. P. (1999). *The Relationship of Positive and Negative Alcohol Expectancies to Patterns of Consumption of Alcohol in Social Drinkers*. **Addictive Behaviors**, 24(3), 359 - 369.

Lorenzo, P.; Ladero, J. M.; Leza, J. C.; Lizasoain, I. (1998). **Drogodependencias**. Madrid: Médica-Panamericana.

Medina – Mora, M. E. (1994). *Uso, Abuso, Dependencia y su Medición*. En Tapia C. R. **Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas**. (pp. 25 - 55). México: Manual Moderno.

Miller W. R. y Hester, R. K. (1995). **Treatment for alcohol problems**. En *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Editores Miller, W. R. y Hester, R. K. Estados Unidos: Allyn and Bacon.

Moggi, F., Hirsbrunner, H. P., Brodbeck, J. y Bachmann, K. M. (1999). *One Year Outcome of an Integrative Inpatient Treatment for Dual Diagnosis Patients*. **Addictive Behaviors**, 24 (4), 589 -592.

Muñiz, J. (1995). **Psicometría**. Madrid: Universitas.

National Survey of Drugs (1998).

Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Copello, A y Velleman, R. (1998). *Stresses an strains for family members living with drinking or drug Problems in England and Mexico. Salud Mental*, 21 (1), 1 – 13.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). **Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10.**

Saltstone, R., Stanley, H. y Maureen, A. H. (1994). *A Multivariate Evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a Female Offender Population. Addictive Behaviors*, 19 (5) 455 – 462.

Selzer, M. L. (1971). *The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument. American Journal of Psychiatry*, 127(12) 1653 – 1658.

Skinner, H. A. (1982). *The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behaviors*, 7, 363 – 371.

Skinner, H. A. Y Goldberg, A. E. (1986). *Evidence for a Drug Dependence Syndrome among Narcotic Users. Journal of Addiction*, 81, 479 – 484.

Skutle, A. (1999). *The Relationship among Self - Efficacy Expentencies, Severity of Alcohol Abuse and Psychological Benefits from Drinking. Addictive Behaviors*, 24 (1), 87 -98.

Staley, D. y El – Guebaly, N. (1990). *Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test in a psychiatric patient population. Addictive Behaviors*, 15, 257 – 264.

Toneatto, T. (1999). *Metacognition and Substance Abuse. Addictive Behaviors*, 24 (2), 167 -174.

Thorndike, E. (1970). **Tests y Técnicas de Medición en Psicología y Educación.** México: Trillas.

Velasco, F. R. (1997). **Las Adicciones. Manual para Padres y Maestros.** México: Trillas.

Velicer, W. F., Norman, G. J., Fava, J. L. y Prochaska, J. O. (1999). *Testing 40 Predictions from The Transtheoretical Model. Addictive Behaviors*, 24 (4), 455 -469.

Villatoro, J. (1994). **Problemas Psicosociales Asociados al Consumo de Drogas: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones**. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM.

Weisz, C. (1996). *Social Identities and Response to Treatment for Alcohol and Cocaine Abuse*. **Addictive Behaviors**, 21 (4), 445-458.

ANEXO 1

--	--	--	--

FECHA

--	--	--	--

FOLIO

**HOJA DE DATOS
CAD**

Ma. Eugenia de las Fuentes, Jessica Villalpando, Roberto Oropeza,
Fernando Vázquez, Héctor Ayala

Instrucciones: antes de que conteste el cuestionario, es necesario conocer algunos datos generales. La información que usted dé, se utilizará solamente para fines de investigación. Toda la información es confidencial. Por favor conteste de la manera más sincera posible. **Gracias.**

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Delegación: _____

Ingresos al mes (marque una opción):

- a) 1 a 3 salarios mínimos (\$1, 100 a \$3, 300)
- b) Más de 3 hasta 6 salarios mínimos (\$3, 301 a \$6, 600)
- c) Más de 6 hasta 9 salarios mínimos (\$6, 601 a \$9, 900)
- d) Más de 9 hasta 12 salarios mínimos (\$9, 901 a \$13, 200)
- e) Más de 12 hasta 15 salarios mínimos (\$13, 201 a \$16, 500)
- f) Más de 15 salarios mínimos (más de \$16, 500)

¿Ha consumido drogas médicas no prescritas? ¿Cuáles?

¿Ha consumido drogas ilegales? ¿Cuáles?

Marque la opción que describa mejor su frecuencia de consumo:

- a) Alguna vez en la vida
- b) Durante el último año
- c) Durante el último mes

De las siguientes descripciones señale cuáles ha presentado usted en torno a su consumo en los últimos 12 meses:

	SI	NO
1) Su consumo de sustancias es recurrente (frecuente) y ha dado lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)		
2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)		
3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).		
4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o incrementados por los efectos de la sustancia (p. ej. discusiones con su pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).		
5) Tiene una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado.		
6) El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.		
7) Presenta síntomas de malestar físico y psicológico después de un tiempo de dejar de consumir la sustancia.		
8) En ocasiones consume la sustancia (o una muy similar) para aliviar los síntomas de malestar físico y psicológico que aparecen si no se la administra.		
9) Consume la sustancia frecuentemente en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.		
10) Los esfuerzos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia han resultado ineficaces.		
11) Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o en el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la misma.		
12) Ha reducido actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.		
13) Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o incrementados por su consumo.		

¿Ha estado en tratamiento por consumo de drogas? ¿Cuándo?

¿Actualmente se encuentra en tratamiento?

En caso de haber recibido tratamiento, por favor describalo:

¡Gracias!

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (DAST-20)

ORIGINAL	TRADUCCIÓN	RETROTRADUCCIÓN	VERSIÓN FINAL
<p>1. Have you used drugs other than those required for medical reasons?</p>	<p>¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?</p>	<p>A) Have you used drugs those different from the ones prescribed for medical reasons? B) Have you used any drug different to those used for medical reasons? C) Have you used drugs different to those required for medical reasons?</p>	<p>¿Ha utilizado drogas diferentes de aquellas requeridas por razones médicas?</p>
<p>2. Have you abused prescription drugs?</p>	<p>¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?</p>	<p>A) Have you abused (from) drugs medically prescribed? B) Have you abused prescription drugs? C) Have you abused prescription drugs?</p>	<p>¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?</p>

<p>3. <i>Do you abuse more than one drug at a time?</i></p>	<p>¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?</p>	<p>A) Have you abused (from) more than a drug at the same time? B) Have you abused more than one drug at a time? C) Have you ever abused more than one drug at a time?</p>	<p>¿Abusa de más de una droga al mismo tiempo?</p>
<p>4. <i>Can you get through the week without using drugs?</i></p>	<p>¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?</p>	<p>A) Can a week go by without taking drugs? Can you spend a week without taking drugs? B) Can a week go by without using drugs? C) Can a week go by without using drugs?</p>	<p>¿Puede pasar una semana sin utilizar drogas?</p>
<p>5. <i>Are you always able to stop using drugs when you want to?</i></p>	<p>¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?</p>	<p>A) Can you stop using drugs when you want? Can you give up drugs when you want? B) Can you stop using drugs whenever you want? C) Can you stop using drugs when you want to?</p>	<p>¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?</p>

<p>6. Have you had "blackouts" or "flaskbacks" as a result of drug use?</p>	<p>¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?</p>	<p>A) Have you had "blackouts" or allusions as a result of the usage (use) of drugs?</p> <p>B) Have you ever had "mental lapses" or hallucinations as a result of the use of drugs?</p> <p>C) Have you had blackouts or hallucinations as a result of the drug use?</p>	<p>¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?</p>
<p>7. Do you ever feel bad or guilty about your drug use?</p>	<p>¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?</p>	<p>A) Have you ever felt bad (for) or guilty about your usage (use) of drugs?</p> <p>B) Have you ever felt bad or guilty about your using drugs?</p> <p>C) Have you ever felt guilty or bad because of your use of drugs?</p>	<p>¿Se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?</p>
<p>8. Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?</p>	<p>¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?</p>	<p>A) Does your couple or family constantly complain about your immersion with the use of drugs?</p> <p>B) Does your partner (or family members) constantly complain about your involvement with the use of drugs?</p> <p>C) Does your couple or any of your family members constantly complain about your involvement with the use of drugs?</p>	<p>¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con las drogas?</p>

<p>9. <i>Has drug abuse created problems between you and your spouse or parents?</i></p>	<p>¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?</p>	<p>A) Has the abuse of drugs created problems with your couple or family? B) Has drug abuse ever caused problems with your partner or family members? C) Has drug abuse created problems with your couple or with your family?</p>	<p>¿El abuso de drogas ha creado problemas entre su pareja o familiares y usted?</p>
<p>10. <i>Have you lost friends because of your use of drugs?</i></p>	<p>¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?</p>	<p>A) Have you lost friends because of your use (usage) of drugs? B) Have you lost any friends due to your use of drugs? C) Have you lost friends because of your use of drugs?</p>	<p>¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?</p>
<p>11. <i>Have you neglected your family because of your use of drugs?</i></p>	<p>¿Ha descuidado a su familia o fallado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?</p>	<p>A) Have you relieved your family from care or been absent for work as a result of the use of drugs? B) Have you neglected your family or been absent from work as a consequence of using drugs? C) Have you neglected your family or have you been absent from work as a consequence of the use of drugs?</p>	<p>¿Ha descuidado a su familia como consecuencia de su uso de drogas?</p>

<p>12. Have you been in trouble at work because of your use of drugs?</p>	<p>¿Ha tenido problemas en el trabajo debido al abuso de drogas?</p>	<p>A) Have you had problems at work because of the drug abuse? B) Have you had problems at work due to drug abuse? C) Have you had any problems at work because of drug abuse?</p>	<p>¿Ha estado en problemas en su trabajo debido a su uso de drogas?</p>
<p>13. Have you lost a job because of drug abuse?</p>	<p>¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?</p>	<p>A) Have you lost a job because of the abuse of drugs? B) Have you lost any job due to drug abuse? C) Have you lost any job because of drug abuse?</p>	<p>¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?</p>
<p>14. Have you gotten into fights when under the influence of drugs?</p>	<p>¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?</p>	<p>A) Have you been involved in fights when you are under drugs? B) Have you gotten into fights when under the influence of drugs? C) Have you been involved in fights when under the influence of drugs?</p>	<p>¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?</p>
<p>15. Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?</p>	<p>¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?</p>	<p>A) Have you been involved in illegal activities so as to get drugs? B) Have you gotten involved into illegal activities just to obtain drugs? C) Have you been involved on illegal activities to obtain drugs?</p>	<p>¿Se ha involucrado en actividades ilegales cuyo fin sea la obtención de drogas?</p>

<p>16. Have you been arrested for possession of illegal drugs?</p>	<p>¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?</p>	<p>A) Have you been arrested because of the possession of illegal drugs? B) Have you ever been arrested for illegal drug possession? C) Have you been arrested for illegal drug possession?</p>	<p>¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?</p>
<p>17. Have you ever experienced the withdrawal symptoms (felt sick) when you stopped taking drugs?</p>	<p>¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?</p>	<p>A) Have you ever experienced the physical symptoms of abstinence (perspiring, anxiety) when you quitted using drugs? B) Have you ever experienced the physical symptoms of withdrawal (sweating, tachycardia, anxiety, etc) when you have stopped using drugs? C) Have you ever experienced the physical withdrawal symptoms (sweating, tachycardia, anxiety, etc.) when stopped using drugs?</p>	<p>¿Ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de utilizar drogas?</p>
<p>18. Have you had medical problems as a result of you drug use (memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?</p>	<p>¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (e). pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?</p>	<p>A) Have you had medical problems as a result of the use of drugs (lost of memory, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)? B) Have you had medical problems as a result of your using drugs (memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)? C) Have you had medical problems as a result of your use of drugs (memory problems, hepatitis, convulsions, beeding)?</p>	<p>¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (e). pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?</p>

<p>19. <i>Have you gone to anyone for help for a drug problem?</i></p>	<p>¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?</p>	<p>A) Have you asked anybody to help you solve your problems with drugs? B) Have you asked anybody to help you solve your problem with drugs? C) Have you asked somebody to help you solve your problem with drugs?</p>	<p>¿Ha pedido a alguien que la ayude por su problema con las drogas?</p>
<p>20. <i>Have you been involved in a treatment program specifically related to drug use?</i></p>	<p>¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?</p>	<p>A) Have you been under a treatment related with the use of drugs? B) Have you been in a treatment specifically related to the use of drugs? C) Have you ever been under a treatment specifically related to the use of drugs?</p>	<p>¿Ha estado en un programa de tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?</p>

Ma. Eugenia de las Fuentes Vargas
 Jessica Villpando Uribe

ANEXO 3

INTERJUECEO

Instrucciones:

Esta actividad tiene como objetivo hacer el análisis por jueces de un instrumento psicológico. En la primer página se le presentan los veinte reactivos de los que consta este instrumento. En la segunda página se muestran cada uno de los cinco factores que mide el instrumento, por favor escriba en la línea que se encuentra a continuación de estos, cada uno de los reactivos que usted cree que corresponden a cada factor.

Al finalizar esta actividad, le presentaremos un cuestionario donde analizará algunos aspectos de la misma.

Gracias por su ayuda.

Reactivos

1. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?
2. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?
3. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?
4. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?
5. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?
7. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?
8. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?
9. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?
10. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?
11. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?
12. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?
13. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido al abuso de drogas?
14. ¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?
15. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?
16. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?
17. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?
18. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?
19. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?
20. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?

INTERJUECEO

Nombre: _____

CATEGORÍAS:

- 1) **Dependencia a las drogas:** Uso recurrente de sustancias que conlleva los síndromes de tolerancia (requerir cada vez dosis mayores y más frecuentes de la sustancia para obtener el efecto deseado) y abstinencia (síntomas físicos que aparecen al dejar de consumir la sustancia).

Reactivos: _____

- 2) **Problemas sociales:** Consecuencias adversas en la red social y en las interacciones cotidianas, que incluyen: ámbito familiar, laboral, escolar, legal e interacción con amigos.

Reactivos: _____

- 3) **Problemas médicos:** Alteraciones físicas como consecuencia del uso de drogas.

Reactivos: _____

- 4) **Poliuso de drogas:** Consumo de más de una droga.

Reactivos: _____

- 5) **Ayuda previa:** Intentos de solucionar el problema con las drogas, recurriendo a terceras personas.

Reactivos: _____

INTERJUECEO

Nombre: _____

Ocupación: _____

Edad: _____

Nivel de estudios: _____

Área de especialización: _____

Instrucciones:

De la manera más atenta, le solicitamos que conteste éste cuestionario cuyo objetivo es evaluar las categorías que miden los reactivos que le presentamos anteriormente. Es importante para esta investigación que señale todas las observaciones pertinentes.

1. A su juicio, ¿Cuál cree usted que sea el objetivo de este instrumento?

2. ¿Considera que hay otras categorías, además de las señaladas, que esté midiendo ésta prueba?

3. ¿Tiene alguna observación, comentario o sugerencia?

¡Muchas gracias por su valiosa participación!

INTERJUECEO

Categoría: POLIUSO DE DROGAS

Juez	Reactivos

INTERJUECEO

Categoría: PROBLEMAS MÉDICOS

Juez	Reactivos

INTERJUECEO

Categoría: PROBLEMAS SOCIALES

Juez	Reactivos

INTERJUECEO

Categoría: DEPENDENCIA A LAS DROGAS

Juez	Reactivos

INTERJUECEO

Categoría: TRATAMIENTOS PREVIOS

Juez	Reactivos

ANEXO 4

--	--	--

FECHA

--	--	--

FOLIO

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD)

Harvey Skinner (1982)*

Nombre _____

Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO. Entonces, marque la respuesta apropiada que está al lado derecho del reactivo.

Con "abuso de droga" nos referimos al uso excesivo de drogas médicas prescritas o cualquier uso de drogas no médicas, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, relacionadas con el consumo de estas sustancias, pero no tan graves que emplee la mayor parte de su tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

Entre las drogas que se pueden incluir están: cannabis (ej. marihuana, hashis), solventes (ej. pegamento), tranquilizantes (ej. valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (ej. speed), alucinógenos (ej. LSD) o narcóticos (ej. heroína). Recuerde que los reactivos no incluyen a las bebidas alcohólicas.

Por favor responda a todos los reactivos. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta más adecuada a su caso.

Le agradecemos su participación.

Recuerde que estos reactivos se refieren a los últimos 12 meses

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (CAD)	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente porque usted está involucrado con el uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas físicos (p. ej., sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

ANEXO 5

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN CONSUMIDORA

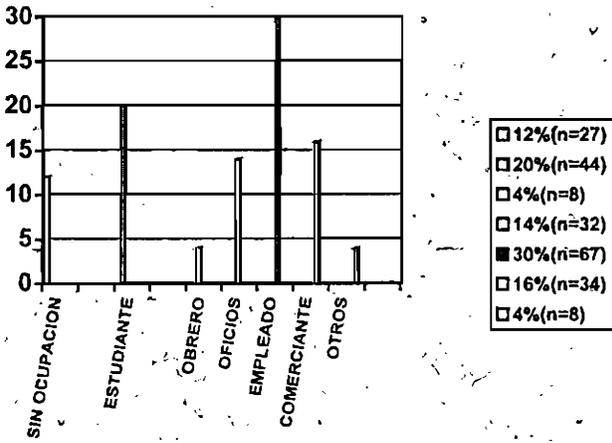


Fig. A-1. Distribución de porcentaje de consumidores de drogas según la ocupación

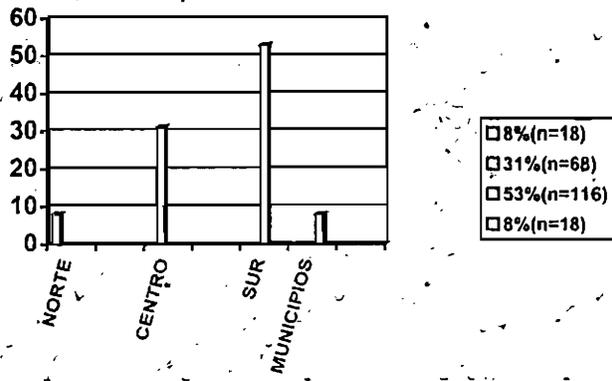


Fig. A-2. Distribución de porcentaje de consumidores de drogas según zona demográfica

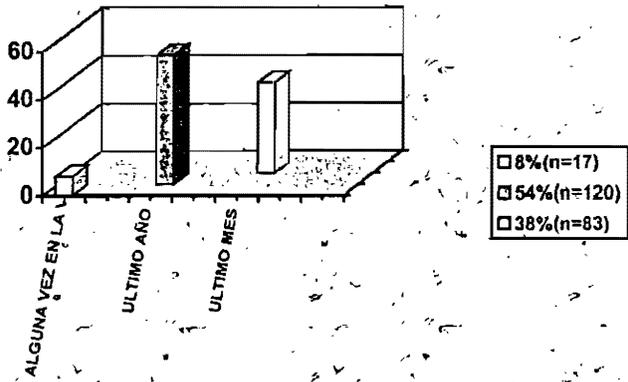


Fig. A-3. Distribución de porcentaje de consumidores de drogas por prevalencia de consumo

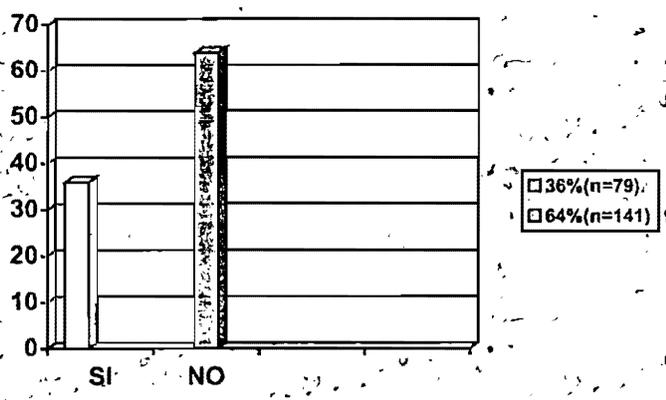


Fig. A-4. Distribución de porcentaje de población consumidora que recibió tratamiento previo

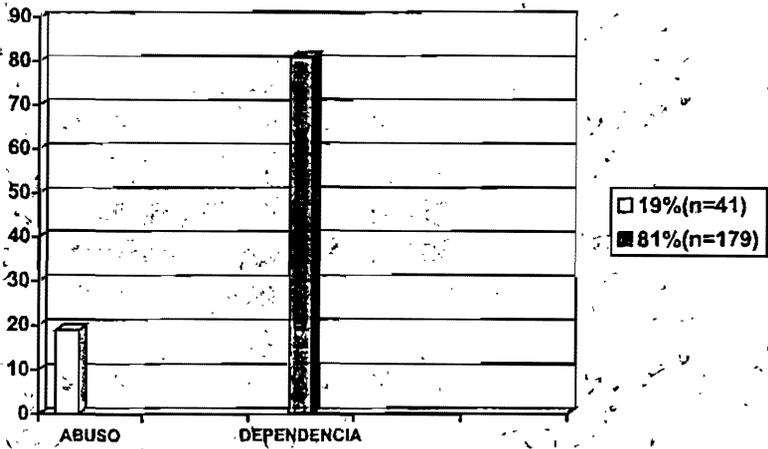


Fig. A- 5. Distribución de diagnóstico de población consumidora según el DSM - IV

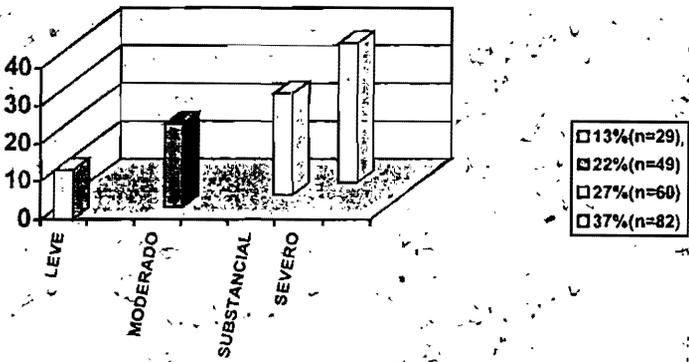


fig. A-6. Distribución de diagnóstico de consumidores de drogas según el DAST 20 en español