



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

“Calidad de vida en pacientes con consumo de dos o más sustancias e índice de severidad de adicción. “

Para obtener título de

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

Dra. Karla Patricia Castro Morales.

Asesores:

Mtra. Janet Jiménez Genchi y Dra. Xóchitl Martínez Bustamante.

CDMX, Julio del 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedico de manera especial a mis padres sin los cuales no habría podido concluir este gran reto, gracias por apoyarme infinitamente.

Gracias a mi adorado Tesoruu por siempre estar ahí para darme consejos y apoyarme en todo, siempre paciente y dedicado, demostrándome día a día que siempre contare con él.

A mi querida amiga y compañera Fernanda Rojas quien siempre me apoyo cuando la necesite, dándome consejos y calmando mi ansiedad.

A Arcelia Meléndez por apoyarme y siempre estar ahí cuando la necesite. A mis asesores por creer en este proyecto.

Gracias siempre.

Índice:

1.- Introducción

2.- Marco teórico

2.1 Historia calidad de vida

2.2 Evolución del concepto de calidad de vida

2.3 Indicadores de calidad de vida

2.4 Adicciones

2.5 Complicaciones médicas y psiquiátricas por consumo de sustancias.

2.6 Calidad de vida y consumo de sustancias.

2.7 Estadística sobre adicción en el Hospital Fray Bernardino Álvarez

3.- Método

3.1 Justificación

3.2 Planteamiento de problema.

3.3 Objetivo

3.3.1 Objetivo General

3.3.2 Objetivo específico

3.4 Hipótesis

3.5 Variables

3.6 Muestra

3.7 Criterios de selección

3.8 Tipo de estudio

3.9 Instrumentos

3.10 Procedimiento

3.11 Análisis estadístico

3.12 Resultados

3.13 Discusión

3.14 Conclusiones

4.- Consideraciones Éticas.

5.- Anexos.

6.- Referencias bibliográficas.

Resumen.

Introducción: La calidad de vida es un concepto que cambia constantemente, la OMS la define como percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones, el consumo de sustancia es un problema de salud pública que va en aumento. La calidad de vida en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas es un campo poco estudiado sobre todo en nuestro país.

Objetivo: Se describió el nivel de calidad de vida en pacientes con consumo de 2 o más sustancias que se encuentran hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez durante el periodo comprendido de 2015 a marzo 2016.

Material y métodos: Se utilizaron las escalas de SF-36 (Salud y bienestar), el ASI (índice de severidad de adicción).

Resultados: Se observó mayor proporción de hombres con 92%, y 4% mujeres. Dentro de las drogas de mayor impacto y de mayor uso en primer lugar con 44% fue el alcohol, el 28% lo ocupó la marihuana y por tercer lugar la cocaína presento un 20%. El diagnostico comorbido más frecuente fueron los Trastornos depresivos, el segundo lugar lo ocupó los Trastornos psicóticos secundario al consumo de sustancias. El diagnostico adictológicos más prevalente fue la dependencia a 1 o más sustancias. La calidad de vida resulto ser muy bueno con un 66%, y dentro de la escala índice de severidad de adicción (ASI) el consumo de alcohol y sustancias resultaron ser un problema extremo donde el tratamiento era absolutamente necesario. Se encontró asociación significativa entre ASI consumo de alcohol y tipo de sustancia con una $p=0.05$, ASI consumo de sustancia y ASI estado psicopatológico con una $p=0.03$, ASI estado psicopatológico y ASI consumo de sustancia con una $p=0.03$. También se pudo observar correlación santificativa entre ASI estado psicopatológico y ASI consumo de sustancia con una $p=0.001$, ASI estado psicopatológico y ASI consumo de sustancia con una $p=0.01$ y finalmente tipo de sustancia y tiempo de consumo con una $p=0.01$.

Discusión: En el presente estudio la población que más solicito ayuda fueron los hombres como se pudo constar con el CIJ, en el estudio la sustancia de mayor consumo está el alcohol y en tercer lugar la cocaína, estos resultados son parecidos a los del CIJ los cuales refieren que la droga por la cual solicitan mayor atención es el alcohol seguido de cocaína. La calidad de vida difiere de todos los estudios realizados con anterioridad ya que en el presente estudio el 66% de la población reporto tener una calidad de vida muy buena, esto principalmente por la poca conciencia de enfermedad y ya que la escala es auto aplicable.

Conclusiones: La droga de mayor impacto y consumo es el alcohol, se pudo observar que este tipo de droga no se pregunta con regularidad y no se observa como un problema relacionado con las adicciones. La escala SF-30 de calidad de vida no es una herramienta sensible para determinar la calidad de vida en pacientes con estas características debido a que los pacientes tienen poca conciencia de enfermedad y es auto aplicable.

Palabras clave: calidad de vida, consumo de múltiples sustancias e índice de severidad de adicción.

1.- INTRODUCCION

El concepto de calidad de vida ha sufrido una serie de modificaciones a lo largo de la historia mismas que se dieron principalmente debidas al interés del estudio de su concepto a finales de la Segunda Guerra Mundial.

En la actualidad al término de calidad de vida se le considera un concepto “integral” el cual abarca dimensiones que trascienden desde factores culturales, hasta aspectos individuales del ser humano. A través del tiempo han surgido diversas definiciones que han intentado establecer la complejidad de su concepto, sin embargo, en el año de 1995, la Organización Mundial de la Salud establece una definición universal: *“percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”*. En nuestro país, únicamente se ha logrado validar una escala que cumpla con las exigencias necesarias para una determinación objetiva del grado de calidad de vida de pacientes vulnerables, el “Inventario de Calidad de Vida y Salud” o “InCaViSa”, herramienta que toma en cuenta 12 dimensiones distintas.

La valoración social de la calidad de vida trasciende diferentes dimensiones y en el área de la investigación epidemiológica y clínica se utiliza como un indicador que precisa de instrumentos validados para diferentes objetivos, uno de ellos es determinar la calidad de vida en términos de morbilidad en determinados grupos vulnerables como los son enfermos terminales y consumidores de drogas, por mencionar algunos.

En México, el consumo de sustancias es considerado un problema de Salud Pública por su magnitud y severidad, y debido a que el abuso de sustancias ilícitas predispone a la población a múltiples complicaciones tanto médicas como otras que alteran el desarrollo psicológico. También deben considerarse a la trascendencia como una variable de estudio.

Se estima que en la actualidad, la sustancia ilícita que cuenta con mayores índices de prevalencia e incidencia de consumo en nuestro país es la Marihuana, misma

que corresponde al 80% del total de consumo de sustancias. La cocaína se encuentra en segundo lugar. Existe gran variedad de comorbilidades psiquiátricas relacionadas al consumo de sustancias, como depresión, ansiedad y trastornos psicóticos.

Desde el punto de vista epidemiológico, México no cuenta con estudios suficientes que determinen el impacto sobre la calidad de vida, en pacientes consumidores crónicos de sustancias, y los contados que existen, únicamente centran su estudio en una sustancia en particular.

2. Marco Teórico:

2.1. Historia de la calidad de vida.

El término de calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975 y tiene su gran expresión a lo largo de los ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para extenderse posteriormente por la sociología y la psicología.¹

Las civilizaciones egipcias, hebrea, romana y griega fueron los primeros en preocuparse por la salud del sujeto, la salud era considerada principalmente como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía desarrollarse sin grandes riesgos.¹

Durante la edad media, se produjo una reacción de desprecio por lo mundano y la mortificación de la carne, lo que condujo al abandono personal y público, a un cambio en las conductas en relación con la higiene privada y pública, abandonándose las formas más elementales de saneamiento. Se cerraron los baños públicos y se despreocupó por la higiene de los lugares públicos.²

Según García Ridaño las primeras formas legales acerca de la salud pública fueron en Inglaterra, luego en Francia y finalmente en Alemania e Italia, y esas eran acerca del estado de los alimentos, de la contaminación de las aguas, alcantarillado y pavimentación, sin embargo su alcance fue muy limitado y generalmente de tipo local.³

Durante el renacimiento a lo largo de la edad moderna no se produjeron cambios sustanciales ni mejoras dentro de la salud pública, sino fue hasta el siglo XIX cuando las legislaciones acerca del trabajo, descanso, de la enfermedad y los accidentes, de la maternidad y de la vejez. ¹

En Inglaterra (1842) y en Estados Unidos (1850) se crearon el informe de Chadwick y el informe de Shattuck respectivamente los cuales se consideran como los comienzos de un concepto de salud pública en la que los aspectos de salud y bienestar social están íntimamente ligados. En ellos se analiza la salubridad pública, las condiciones de trabajo, la dieta, esperanza de vida y el sistema alimenticio. ²

Con los derechos de los ciudadanos y el reconocimiento de los derechos humanos en el siglo XIX, se pudo dar nuevas formas de calidad de vida, las cuales consistían en el reconocimiento de la actividad y la acción individual, de la lucha política y la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, opiniones y de su libre expresión. Así el concepto de vida ganaba una nueva frontera social y política. ¹

Durante la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos se inicia el estudio de calidad de vida como una línea de investigación de la necesidad de conocer sobre si sus habitantes tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguros. ⁴

Se puede decir que la calidad de vida se ha asociado al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos, pero como dice Blanco, el posible error en esto ha consistido en vincular la calidad de vida al puro desarrollo económico, olvidándonos de los aspectos cualitativos del concepto ya que ni la sociedad opulenta y consumista significan calidad de vida, ni el bienestar material y económico consiste con el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad. ⁵

Se podría considerar si inicialmente el concepto de calidad de vida era la preocupación por la salud e higiene pública, posteriormente se extiende a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continua con la capacidad de

accesos a los bienes económicos y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, actividad cotidiana y sus propia salud. ¹

2.2 Evolución del concepto de calidad de vida.

Una de las primeras definiciones de calidad de vida fue la dada por Aristóteles cuando dice que la mayoría de las personas conciben la buena vida como lo mismo que se feliz, Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate ya que significa diferentes cosas para diferentes personas y en momentos diferentes; como cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza. ⁶

La calidad de vida es un concepto vago y etéreo, es polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas como médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales. ⁷

Medicina	Se le asocia con la salud psicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad.
Filósofos	Felicidad o una buena vida.
Economistas	Utilidad del ingreso o de los bienes y servicios.
Sociólogos	Inserción de los individuos en la arena social.
Político	Como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en mediano o corto plazo.
Ambientalistas	Condiciones del ambiente en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo.

Fuente: Rodado C, Grijalba

Como nos menciona Cummins y Hass la gran dispersión y diversidad de conceptos acerca de la calidad de vida, ha generado que este sea un concepto multidisciplinario; por ejemplo los economistas basaran su concepto en la medición de conceptos tangibles, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la calidad de vida. ⁸

La calidad de vida es un concepto de amplio uso en la evaluación que se utiliza en diversas disciplinas. En la economía y la política es usado como indicador del bienestar de una población a través de aspectos como el ingreso, el acceso a bienes y servicios.

En el área de la salud se usa para evaluar la eficacia de las intervenciones al considerar la agresividad tanto de padecimientos como de tratamientos. En psicología permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto ante diversos aspectos de su vida cotidiana.⁴

Durante las décadas de los 70 y 80, la calidad de vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo y social. Smith nos menciona que el bienestar social incluye todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad.⁹

El concepto de calidad de vida debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es un concepto que cambia de acuerdo a diferentes momentos históricos de las sociedades y de determinados grupos poblacionales. No existe una definición precisa de la calidad de vida, varios autores han intentado proponer varias definiciones.⁸ [cuadro 2]

En 1993 Meeberg menciona que muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, auto reporte de salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar la calidad de vida.^{2,4}

Cuadro 2. Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.

Referencia	Definición propuesta.
Ferrans (1900b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas físicas, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Criticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar...medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin &Stocker (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Fuente: Alfonso Urzua M., Alejandra Caqueo-Urizar.

En 1980 Levi y Anderson, asumieron la propuesta de las Naciones Unidas, en la cuales se enumeran los siguientes componentes de la calidad de vida: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio, derechos humanos. ⁴

Lawton queriendo dar una definición integradora nos menciona que la calidad de vida es un conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. ¹⁰

Shin y Jonhson proponen que la definición puede ser operativizada, por lo que dice que la calidad de vida es la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las

actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás.¹¹

El concepto de calidad de vida ha evolucionado y como nos dice Eric Allardt ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y el tener, amar y ser.¹²

El tener hace referencia a las condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria, como son los recursos económicos, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, salud y educación. El amar se refiere a la necesidad de relacionarse con los demás y formar identidades sociales como son el contacto con la comunidad, familia y parientes, compañeros de trabajo. El ser se refiere a la necesidad del ser humano a integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza como en las actividades políticas, participación en decisiones, las actividades recreativas.¹²

La calidad de vida se considera que es una combinación de elementos objetivos y la evaluación individual de dichos elementos. El estilo de vida sería una dimensión compuesta por elementos físicos, materiales y sociales. Por otra parte la calidad de vida sería subjetiva y objetiva, sería una propiedad de la persona más que del ambiente en el cual se mueve.⁴

En virtud a que no existen definiciones únicas acerca de la calidad de vida, fue que Borthwick-Duffy propone que estas definiciones se pueden agrupar en distintas categorías:¹³

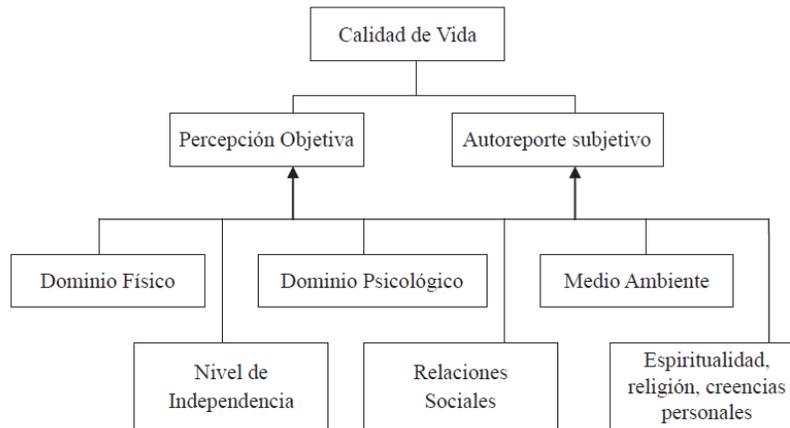
1.- Condiciones de vida: es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como ser su salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Definiciones de este tipo conlleva a diversos problemas, ya que no existen parámetros universales de una buena u óptima calidad de vida, ya que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad.

2.- Satisfacción con la vida: se considera a la calidad de vida con un sinónimo de satisfacción personal, así la calidad de vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. Este tipo de definiciones también tiene diversos problemas ya que otorga el principal foco de interés al bienestar subjetivo y a dejar alado las condiciones externas de la vida, supone que el individuo es capaz de abstraerse, de su contexto económico, social, cultural y político para lograr la satisfacción personal. Un punto interesante de discutir que también lleva relación con la evaluación subjetiva de la calidad de vida es el dilema de conciencia, insight, o grado de introspección necesarios para una autoevaluación. Hay autores como Martin & Stockler que proponen definir esta categoría como grado individual de satisfacción con la vida, este término se debe distinguir de las evaluaciones cognitivas, como la satisfacción de vida y las evaluaciones afectivas como la felicidad.¹⁴

3.- Condiciones de vida más satisfacción con la vida: desde esta perspectiva las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.

4.- Condiciones de vida más satisfacción con la vida y valores: es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades. En esta categoría entra la decisión de la OMS: Es la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. En el ámbito de trastornos adictivos la valoración de la calidad de vida ha sido realizada a través de instrumentos genéricos.¹⁵ [Cuadro 3]

Cuadro 3. Diagrama del modelo conceptual de la OMS



Fuente: Organización mundial de la salud.

Dentro de los aspectos subjetivos de la calidad de vida están:

- Intimidad
- Expresión emocional
- Seguridad percibida
- Productividad personal
- Salud percibida

Dentro de los aspectos objetivos se encuentran:

- Bienestar material
- Relaciones armónicas con el ambiente
- Relaciones armónicas con la comunidad
- Salud subjetivamente considerada

La pérdida de la salud es la variable que más suele impactar la calidad de vida, debido a que la salud aglutina y condiciona a la mayoría de los aspectos determinantes del funcionamiento humano tales como interacción, trabajo, recreación. En el campo de la salud el concepto de calidad de vida tiene amplia aceptación y uso. Este permite planificar las necesidades de atención a la salud de una población, evaluar el impacto de los ensayos clínicos y de las investigaciones

que buscar intervenciones cada vez más eficaces, favorecer mejores decisiones sobre las distribución de recursos de salud y en medicina ponderar el efecto de medicamentos agresivos en padecimientos terminales.¹⁶

2.3 Indicadores de calidad de vida.

El escaso consenso en la definición del concepto de calidad de vida, la diversidad de perspectivas de análisis y la multiplicidad de contextos, ha derivado en la proliferación de medidas.¹⁷

Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos. Debido a que algunos componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, estos se evalúan a través de cuestionarios, los cuales contienen grupos de preguntas, cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio, cada variable mide un concepto y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable.¹⁸

Los instrumentos para medir la calidad de vida se clasifican en genéricos y específicos. Los genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo que su finalidad es meramente descriptiva¹⁹. Cubren un amplio espectro de dimensiones de la calidad de vida, son diseñados para poder ser aplicadas tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes y evaluar una gran variedad de enfermedades y tratamientos.²⁰ Los específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo y son particularmente útiles en ensayos clínicos¹⁹. Solo incluyen aspectos de la calidad de vida que son relevantes para la enfermedad a la que se aplican.²⁰

Al evaluar la calidad de vida utilizando instrumentos diseñados para tal fin, hay que considerar de éstos su confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio con el fin de que reflejen los efectos de intervenciones. Por ejemplo la OMS desarrollo el WHOQoL (Organización Mundial de la Salud Calidad de vida) apegándose a tres

criterios secuenciados para su elaboración, mismo que son recomendados. Primero que se construyan para una cultura en su idioma, a partir de la cual se pueden realizar traducciones y re traducciones.

Segundo que se identifique un conjunto de reactivos comunes y relevantes para un amplio espectro de culturas. Tercero, el establecimiento de expertos de diferentes culturas que identifiquen y contribuyan a la definición de todos los aspectos de vida necesarios para una evaluación comprehensiva que caracterice la calidad de vida. ⁴

Existen diferentes escalas destinadas a medir la calidad de vida, como por ejemplo la Escala de calidad de vida, desarrollada por Cummins, la cual es un instrumento autoadministrado, selecciona 7 dominios como son el bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, lugar en la comunidad y bienestar emocional, cada dominio comprende tres medidas objetivas y 2 subjetivas. ²¹

En lo referente a escalas de calidad de vida relacionadas con la salud, Bowling 1999 menciona que ellas dan énfasis en la capacidad funcional, con el desarrollo de escalas de funcionamiento físico y subdominios en estado general de salud y calidad de vida, que se centran en la realización de actividades de la vida diaria y en el funcionamiento social del individuo. ²²

Autores como Harper & Powerhan propuesto que la calidad de vida relacionada con la salud posee, al menos, cuatro dominios: capacidad física, bienestar psicológico, interacciona social y factores económicos. Otros estudios como los de Buunk, Collins y Dakof han evaluado la contribución relativa de dominios como: funcionamiento físico, funcionamiento social y funcionamiento psicológico. ¹⁹

En México se ha validado varias escalas que miden la calidad de vida en diferentes patologías y en general como se describen a continuación.

Cuadro 4. Distintas escalas de calidad de vida validadas en población Mexicana.	
1993 Cardiel y colaboradores	Validaron la versión española del cuestionario: Cuestionario de evaluación de la salud, índice de discapacidad; Se aplicó a 97 pacientes con artritis reumatoide, el instrumento demostró ser sensible para detectar cambios así como su utilidad en población hispanohablantes.
1993, hospital de 3er nivel.	La evaluación del impacto de la enfermedad y de tratamiento en la calidad de vida de los pacientes es importante pero difícil de cuantificar, por lo que se comparan 2 escalas de calidad de vida; el índice de cambio en función máxima de MacKenzie (ICFM) y cambio de calidad de vida (ICCV). Ambos mostraron aceptable sensibilidad, demostró ser factible obtener mediciones confiables y que ambas se podrían usar en ensayos clínicos.
1996	Se validó el cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar el estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. Encontrando que la calidad de vida se puede medir en forma similar ha como se hace en los adultos.
1996, hospital de 3er nivel	Se determinó la validez de un instrumento como indicador de calidad de vida en pacientes pediátricos con leucemia. El instrumento mostro buena consistencia e identifico el desempeño diario de los pacientes pediátricos con leucemia.

Fuente: Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C.

Las escalas relacionadas con la salud han utilizado aspectos generales que suelen afectarse ante la pérdida de la salud, como funciones físicas, interacciones

sociales y síntomas. Miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba el grado de bienestar o malestar que posee con respecto a su vida y a su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción pues son las que pueden ser afectas por un proceso de enfermedad. No incluyen aspectos específicos como el ambiente hospitalario y las relaciones del paciente con el equipo de salud.¹⁸

El inventario de calidad de vida y salud, (InCaViSa) se construyó con el objetivo de medir la calidad de vida de pacientes en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones. El inventario fue diseñado a partir de la consideración inicial de diferentes escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos.

Los análisis finales revelaron que el instrumento se compone de doce áreas, cada una con 4 reactivos. Se mantuvieron cinco reactivos que aunque no se correlacionaron con ninguna de las áreas pueden por sí mismo proporcionar información importante como el indicador general de calidad de vida y los referentes a la percepción general de salud.²³

En el ámbito de la calidad de vida en trastornos adictivos, la valoración ha sido mayormente realizada a través de la utilización de instrumentos genéricos, siendo más ampliamente utilizados el SF-36 y otras versiones de la familia de instrumentos MOS-SF. 20.²⁰

– SF-30:

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study (MOS))⁴. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, compara la carga de muy diversas

enfermedades, detecta los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales⁵.

Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos³, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud⁷. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial.

El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36²⁰.

Los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud específicos en drogodependencias han recibido una atención muy limitada conociéndose hasta el momento solo 3 instrumentos:

- 1) QoL-DA (Escala de calidad de vida para adictos): Este fue creado por un grupo de investigadores chinos y solo se publicó el proyecto de desarrollo, no habiéndose encontrado otras presentaciones de resultados. ²⁰

- 2) IDUQoL (Calidad de vida en usuarios de drogas inyectadas): fue creado en Canadá, como ausencia de instrumentos de calidad de vida suficientemente sensible para captar los cambios en esta área en personas con problemas relacionadas con el consumo de drogas. proponen el desarrollo del instrumento partiendo de la conceptualización que los Usuarios de Drogas Inyectadas y hacen de la calidad de vida a partir de su propia experiencia, tratando de captar las posibles variaciones existentes y ser capaz de responder a los cambios en la condiciones de vida de estas personas. En el año 2005 aparecieron los primeros datos de valoración psicométrica de su validez y fiabilidad con una muestra suficiente. Los resultados muestran una buena adecuación psicométrica del instrumento. ²⁴
- 3) TECVASP (Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas): es un instrumento específico generado con muy buenas características psicométricas que valora hasta nueve áreas de calidad de vida, divididas en dos dominios generales (físico y psicosocial). Está formado por 22 items, con un formato de respuesta graduada en 5 alternativas, en el test una mayor puntuación representa una mejor calidad de vida. ²⁵

Debido a la elevada prevalencia de comorbilidades psiquiátricas detectadas en pacientes consumidores de sustancias, es necesario un abordaje integral, siendo recomendable una evaluación detallada. Existen diversos instrumentos que han demostrado ser de utilidad en la evaluación del paciente con trastorno secundarios al consumo de sustancias, como por ejemplo: ²⁶

- 1) Entrevistas diagnosticas generales:
 - a. CIDI (Entrevista Diagnostica compuesta internacional): es una entrevista comprensiva altamente estructurada diseñada como herramienta de ayuda diagnostica de las principales categorías incluidas el CIE-10 y el DSM-III-R. existe una versión reducida el CIDI-SAM.

- b. SCAN (Evaluación clínica en Neuropsiquiatría): tiene como objetivo medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los principales trastornos psiquiátricos.
- c. MINI (Entrevista Neuropsiquiatría internacional): es un instrumento diseñado como herramienta para realizar diagnóstico de acuerdo a los sistemas DSM o CIE.

1) Escalas de gravedad clínica de la adicción.

- a. ASI (Índice de severidad de adicción): es una entrevista semiestructurada, fue diseñado especialmente para conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial y planificar su tratamiento. La evaluación de la gravedad del problema se realiza en base de 9 áreas.
- b. EuropASI (Índice de severidad de adicción Europea): es la versión europea de la quinta versión del ASI.
- c. OTI (Índice de tratamiento con opiáceos): es una entrevista semiestructurada cuya utilidad fundamentalmente es la evaluación de los resultados del tratamiento de la adicción, permitiendo valorar el progreso individual del estado de los pacientes dentro de un determinado programa.
- d. SDS (Escala de severidad de dependencia): es una escala autoadministrada para la medida del grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias.

2.4 Adicciones

En el informe mundial de sobre drogas 2014 menciona que a nivel mundial se calcula que en el 2012 entre 162 y 324 millones de personas, entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita. Ha aumentado el número de personas que requieren tratamiento por abuso de marihuana, especialmente en Europa, América y Oceanía. En Asia y Europa los opiáceos siguen siendo la principal droga de abuso. Y en América es la cocaína. Respecto al consumo de

drogas por inyección, la UNODC (oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito), ONUSIDA (programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH), el bando mundial y la OMS (organización mundial de la salud) estiman que hay 12.7 millones de consumidores de drogas inyectadas de población entre 15 y 64. En Europa oriental y sudoriental el problema es especialmente grave.²⁷

El consumo de drogas y los problemas asociados en nuestra sociedad, constituyen actualmente, uno de los principales problemas de salud pública.

El uso de drogas es un fenómeno global. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas es difícil encontrar un país en el que no se observe, a pesar de que las características del consumo varían en cada nación.

La Organización de las Naciones Unidas calcula que alrededor del 4.3 % de la población mundial mayor de 15 años consume drogas actualmente. Esto significa que cerca de 185 millones de personas en todo el mundo son usuarias de drogas.²⁸

El vector más importante para la experimentación con drogas es el usuario mismo. De acuerdo con la encuesta nacional de adolescentes, el 64% de los menores recibieron por primera vez algún tipo de droga por parte de un amigo y solo el 4% por medio de un distribuidor.²⁹

Los primeros estudios sobre el consumo de drogas en México fue en los años 70's, la primera encuesta nacional de adicciones fue en 1988. La última encuesta en adicciones es la del 2011, la cual nos menciona que los estudios realizados muestran un incremento significativo en el uso de drogas ilegales, especialmente la marihuana. Las anfetaminas aparecieron por primera vez en los 90's y su consumo muestra incrementos significativos.³⁰

Respecto al sistema de registro e información en drogas (SRID), indica que la marihuana es la sustancia que presenta mayor consumo (61%), los usuarios de

esta sustancia inician antes de los 11 años, sin embargo el grupo más afectado es de los 15 a 19 años, la vida de administración más frecuente es fumada. Los inhalantes representa el 40.4%, el grupo más afecto es de los 12 a 14 años. La cocaína ocupa el tercer lugar (34%), el grupo más afectado es de 15 a 19 años.³¹

En los CIJ (centro de integración juvenil) las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron el alcohol (19.9%), cocaína (12.5%), marihuana (15.6%) e inhalables (14.1%). La mayor demanda fue por parte de los hombres, solteros, con estudios nivel secundaria. El tabaco fue la primera droga de inicio de los usuarios, pero al analizar por sexo, la marihuana fue la principal droga utilizada por los hombres. La droga de preferencia en hombres y mujeres sigue siendo la marihuana, en los hombres la cocaína ocupa el segundo lugar y en las mujeres el consumo de cocaína muestra cifras similares a las reportadas para estimulantes tipo anfetamínico, droga que en los hombres ocupa el tercer lugar en la preferencia de consumo.³²

Aproximadamente el 40% de la población ha consumido alguna sustancia ilícita en alguna ocasión y más de un 15% de las personas mayores de 18 años presenta a lo largo de la vida uno de estos trastornos. Los síndromes inducidos por sustancias pueden remendar todo el espectro de enfermedades psiquiátricas, incluidos los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos y los trastornos de ansiedad.³³

Los índices de abuso en cada país muestran variaciones en la extensión y el tipo de sustancias utilizadas, de acuerdo con estadísticas de demanda de tratamiento: en América prevalece el abuso de cocaína. En la última década se han registrado progresos muy importantes en materia de educación para la salud y atención de las principales drogas que generan los problemas sociales y de salud más graves: la cocaína y la heroína; sustancias a las que se les atribuye en el plano mundial la mayor parte de la demanda de tratamiento, la hospitalización, las sobredosis, la mortalidad, la violencia y la participación de la delincuencia organizada.³⁰

El abuso de drogas en los años noventa continuó extendiéndose, particularmente en los países localizados en las principales vías de tráfico de drogas. Esta tendencia internacional se observa también en México, que ha dejado de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país consumidor, con altos índices de narcomenudeo, especialmente entre niños y adolescentes.³³

La tendencia al crecimiento que se observó entre 2002 y 2008 parece haberse detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011, no se observan cambios significativos en la proporción de personas que reportan consumo de cualquier droga en el último año; el consumo de drogas ilegales es muy similar en las dos mediciones. Tampoco se aprecian diferencias en el consumo por tipo de droga. La marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana. Uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack.³⁴

La edad promedio para el inicio de consumo de drogas es de 20 años para mujeres y 18 para hombres. En la Región Norte tiene las prevalencias más altas, después le sigue la Región Centro y es la Región Sur la que continúa teniendo las cifras más bajas de consumo. Por cada usuario en las Regiones Centro y Sur del país hay 1.6 y 2.3 usuarios, respectivamente, en la Región Norte. En las tres regiones, la marihuana es la droga de preferencia.³³

En cuanto a la cocaína, los datos muestran una tendencia que se observa desde 2002: el mayor índice de consumo de esta droga se da en la Región Sur en comparación con la Región Centro y, aunque se mantiene en los límites de los intervalos de confianza de las estimaciones, esta tendencia debe mantenerse bajo vigilancia. Asimismo, la diferencia entre el consumo de marihuana y cocaína en la Región Sur, es menor de la que se observa en otras regiones, con un usuario de cocaína por cada 1.2 usuarios de marihuana, mientras que la media nacional es

de 1 por cada 2.4. En cuanto al consumo de drogas hay un decremento en el consumo de marihuana en la Región Norcentral, en las cifras totales y en específico en los hombres. ³⁵

El consumo de cocaína en la población total registra decrementos que no alcanzan a ser significativos, tanto en los hombres como en las mujeres. En las mujeres, el consumo de esta droga se mantuvo estable. Por otro lado, el consumo de crack, de inhalantes, de heroína y de estimulantes de tipo anfetamínico, se mantuvo estable. ³²

Los problemas con el abuso de sustancias causan una discapacidad importante en un porcentaje relativamente alto de la población. El abuso de sustancias ilícitas afecta a numerosas áreas del funcionamiento social y Del 60 al 75% de los pacientes con estos trastornos sufre otras enfermedades. ³⁶

Las diferentes tipos de sustancias se pueden clasificar se la siguiente manera: ³⁷

- a. Nicotina (tabaco)
- b. Alcohol y bebidas alcohólicas
- c. Cannabis
 - i. Hachis
 - ii. Marihuana
- d. Cocaína
 - i. Clorhidrato de cocaína
 - ii. Basuco
 - iii. Crack
- e. Anfetaminas y otros estimulantes
 - i. Metanfetaminas (ice, éxtasis, cristal)
 - ii. Anorexogénicos
- f. Inhalables
- g. Alucinógenos
 - i. LSD (ácidos)
 - ii. PCP (polvo de ángel)

- iii. Mezcalina (peyote)
- iv. Psilocibina (hongos)
- h. Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.
 - i. Benzodiacepinas
 - ii. Flunitracepam
 - iii. Barbitúricos
 - iv. GHB
 - v. Ketamina
 - vi. Fentanil
- i. Opiáceos
 - i. Opio
 - ii. Heroína
 - iii. Morfina y sus derivados
 - iv. Metadona

A continuación se describen brevemente las sustancias citadas arriba.

a. Tabaco:

El tabaco se fuma, se masca o se esnifa, la nicotina es la sustancia que causa los efectos psicótrópos y adictivos.³⁸ Es la principal causa de muerte inevitable, más de un millón de personas mueren por consumir tabaco.³⁹

La combustión de tabaco genera una mezcla compleja de compuestos, que por una parte se depositan en todo el tracto respiratorio y por otra parte se absorben y pasan a la sangre provocando efectos en diferentes órganos y sistemas³⁸. Las manifestaciones principales de intoxicación son náusea o vómito, sudoración, taquicardia y arritmias cardíacas.⁴⁰ Los síntomas principales de abstinencia son ánimo disfórico o depresivo, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, inquietud y el deseo imperioso de fumar.⁴⁰

b. Alcohol y bebidas alcohólicas.

Es el principal factor causal de más de sesenta tipos de enfermedades y lesiones, y es responsable de alrededor de 2.5 millones de muertes en el mundo cada año. Hay evidencia que menciona que personas que consumen alcohol antes de los 15 años tienen mayor probabilidad de cumplir con el criterio de dependencia en algún momento de sus vidas. América latina es la segunda región del mundo con mayor carga de enfermedad atribuible al alcohol. ³⁹.

El uso de bebidas alcohólicas es considerado como normal, como un acto social, cultural y gastronómico. En la conferencia ministerial de Estocolmo se dijo que en el mundo existen 140 millones de personas con dependencia a alcohol, solo en EUA el costo económico del consumo excesivo de bebidas alcohólicas fue de 53 mil millones de dólares. ⁴²

Los síntomas de intoxicación por alcohol son: lenguaje disártrico o farfullante, ataxia, incoordinación y marcha inestable, nistagmo y déficit de atención, de la memoria o de la conciencia. ³⁸

El síndrome de abstinencia por alcohol es el estado de hiperactividad autónoma: temblor distal de manos, insomnio, náuseas o vómito, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación, ansiedad y crisis epiléptica. ⁴³

c. Cannabis.

Es una droga asociada con menor mortalidad que otras sustancias. Proviene de la planta del cáñamo *Cannabis sativa*, se ha cultivado tradicionalmente para producir tejidos y cuerdas así como fines medicinales. ³⁸ El compuesto activo es tetrahidrocannabinol (THC), que afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción. El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida. ⁴¹

Es la droga ilegal de mayor consumo, se estima que existen alrededor de 45 millones de consumidores en América, es responsable de una alta tasa de abandono escolar.³⁹

El consumo agudo de cannabis produce una sensación de euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, potenciación de las percepciones sensoriales y sensación de hambre, se puede considerar como efectos indeseables a la sedación, afectación de la memoria, cambios de la percepción de paso del tiempo, taquicardia, hipotensión postural, inyección conjuntival y ptosis palpebral. Los síntomas más frecuentes por intoxicación son similares a los descritos anteriormente pero raramente puede aparecer ataxia, desorientación y despersonalización.³⁸

d. Cocaína

Es un potente estimulante con gran capacidad adictiva. Se extrae de las hojas de la planta *Erithroxylon coca*, originario de Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia. El informe mundial sobre drogas 2014, menciona que ha disminuido la disponibilidad mundial de esta droga, se calcula que al 31 de diciembre del 2012 la superficie neta de cultivo era la más reducida desde 1990. La incautación mundial de cocaína aumento a 671 toneladas en 2012, frente a 634 toneladas incautadas en 2011.^{27,39.}

La cocaína actúa como un potente estimulante a nivel de sistema nervioso central, mientras que en el sistema nervioso periférico presenta propiedades anestésicas. La cocaína fue el primer anestésico local que se aplicó en la práctica clínica.³⁸

La intoxicación de cocaína en dosis bajas o moderadas produce en el organismo múltiples efectos, entre los que destacan son la sensación de bienestar y la reducción de la fatiga y la necesidad de dormir, la euforia suele ser el síntomas más característico, también se asocian irritabilidad, excitabilidad, hipervigilancia, grandiosidad, desinhibición, activación sexual, verborrea, agitación psicomotriz, a veces se llegan a presentar ideas paranoides, ilusiones y alucinaciones. La intoxicación grave puede causar un estado de coma o la muerte como resultado

de un bloqueo del centro respiratorio, arritmias cardíacas, convulsiones y colapso cardiovascular.^{36, 40, 43}

e. Anfetaminas.

Las anfetaminas y sus derivados han sido empleados desde hace años como estimulantes por amplios sectores de la población. En los últimos años se observa un importante del uso de los derivados anfetamínicos como el MDMA, este es el que más éxito ha tenido, el cual es el acrónimo de *3,4-metilendioximetanfetamina*, el nombre como es conocida por sus consumidores es “éxtasis”.³⁸

Según el informe mundial sobre drogas 2014 la producción de metanfetamina volvió a aumentar en América del norte, del total de 144 toneladas de estimulantes de tipo anfetamínicos incautadas en el mundo, la mitad correspondió a América del Norte.²⁷

Los efectos agudos del éxtasis comienzan a manifestarse entre 20 y 40 minutos después de su ingestión, estos son desaparición de la sensación de fatiga y sueño, sigue una etapa de meseta que dura de 3-4 horas en las que predomina la sensación de bienestar y euforia, mayor sociabilidad y extraversión, se produce logorrea e insomnio y aumenta el estado de alerta. El incremento de la actividad psicomotora, junto a un efecto directo de la sustancia sobre los centros termorreguladores cerebrales, puede llevar a un incremento de la temperatura corporal, con diaforesis, sofocos, temblor y piloerección. Este incremento en la temperatura puede llegar a convertirse en un golpe de calor.^{36, 38,40.}

f. Inhalantes.

Los inhalantes son un grupo de sustancias químicamente muy heterogéneo. Uno de los hidrocarburos aromáticos más utilizados es el tolueno. Estos son baratos y de muy fácil acceso, se encuentran en la gasolina, en los pegamentos y en multitud de productos disponibles en el hogar. El sector más afectado por el abuso de estos son los estratos más humildes.³⁶

Los síntomas de intoxicación sin euforia, mareas, nistagmos, visión borrosa, diplopía, incoordinación, marcha inestable, hiporeflexia, debilidad muscular generalizada, letargia, temblor, lenguaje farfullante y somnolencia.⁴⁰

El uso prolongado de estos está relacionado con una diversidad de trastornos neuropsicológicos, incluidos la pérdida de coordinación muscular y deterioro cognitivo. El tolueno produce daño al corazón, los pulmones, hígado y riñones.³⁸

g. Alucinógenos.

Las sustancias alucinógenas son un grupo heterogéneo de compuestos cuyo principal origen es vegetal (plantas y hongos), pero cuyo derivado más conocido es la lisérgida (LSD) es sintético.³⁸ Tradicionalmente han formado parte de rituales religiosos y ceremonias mágicas.⁴⁴

A la experiencia con LSD y otros alucinógenos se les denomina “viaje”, estas sustancias producen efectos sobre las percepciones, cambios psicológicos y conductuales.³⁶

Los primeros cambios que aparecen tras una dosis son los somáticos con sensación de mareo, debilidad, temblor, náusea, intranquilidad e incoordinación, el sujeto está alerta, aparece midriasis, visión borrosa, taquicardia, aumento de la presión arterial, aumento de la temperatura, sudoración, sequedad de boca y piloerección.^{38,44}

Los cambios perceptivos aparecen transcurrida una hora, y esos son visuales y auditivos, aparecen cambios en la forma, color y brillo de los objetos, distorsión de la imagen corporal y conciencia de los órganos internos.³⁸

La intoxicación se caracteriza por aparición de ansiedad o depresión marcada, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoide y deterioro del juicio, suelen remitir de 8 a 12 horas sin necesidad de tratamiento específico.^{38,48}

h. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Los medicamentos asociados a este grupo se utilizan para tratar el insomnio y la ansiedad, todos poseen efectos agonistas sobre el complejo de receptores GABA, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos son los psicofármacos más prescritos, la dependencia surge después de cómo mínimo varios meses de consumo diario. Aproximadamente el 6% de las personas utiliza estos medicamentos de manera ilícita, la edad suele ser inferior a los 40 años. ⁴³

La intoxicación cursa con lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo horizontal sostenido, coma, blackouts, labilidad emocional y agresividad.³⁸

i. Opiáceos.

El opio es el jugo extraído de las capsulas de las adormidera (*papaver somniferum*). De cada capsula de adormidera pueden recogerse entre 10 a 100mg de opio. El opio contiene más de 20 alcaloides activos entre los que destacan la morfina, la codeína y la noscapina. La heroína puede sintetizarse desde la morfina clorhidrato o desde la morfina base. ⁴⁵

La intoxicación por opiáceos es una verdadera urgencia vital, los signos característicos son una serie de cambios conductuales y síntomas específicos como miosis puntiforme, bradicardia, hipotermia, depresión respiratoria y coma, analgesia, náuseas y vomito. El mecanismo fisiopatológico letal de la intoxicación es por su efecto directo sobre el centro respiratorio. ^{36, 38, 43,45.}

2.5 Complicaciones médicas y psiquiátricas por consumo de sustancias.

✓ Alcohol:

El etanol disminuye la contractilidad miocárdica y causa vasodilatación periférica, el 33% de los casos de miocardiopatía son inducidos por alcohol⁴⁶. En el sistema cardiovascular puede causar arritmias y muerte súbita (fibrilación atrial),

hipertensión, EVC isquémico o hemorrágico, cardiomiopatía y enfermedad coronaria ^{47, 48}.

En el sistema gastrointestinal el alcohol puede ocasionar inflamación del esófago y estómago y ocasionar molestias epigástricas y hemorragias gastrointestinales⁴⁶. El alcohol es absorbido en el estómago y en las primeras porciones del intestino, siendo muy elevada la concentración que alcanza en el tracto gastrointestinal alto después de la ingestión del alcohol ⁴⁷.

Cuadro 5. Efectos del alcohol sobre el tracto gastrointestinal ^{46, 47,48} .	
Esófago	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción motora con disminución de la presión de los esfínteres • Esofagitis por reflujo y sus complicaciones • Cáncer de esófago • Síndrome de Mallory-Weiss
Estomago	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis aguda • Gastritis crónica • Retraso en el vaciamiento gástrico
Intestino delgado	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la mucosa duodenal y yeyunal • Menor actividad de las enzimas de la mucosas • Cambios en la actividad motora • Alteraciones en los mecanismos de transporte • Mala absorción.
Hígado	<ul style="list-style-type: none"> • Esteatosis • Fibrosis • Hepatitis alcohólica • Hepatitis crónica • Cirrosis • Carcinoma hepatocelular.

Fuente: Pares A, Caballeria J.

En el sistema musculo esquelético puede ocasionar miopatía alcohólica aguda y crónica, gota, osteoporosis^{47, 48}.

En el sistema hematopoyético hace que aumente el tamaño de los eritrocitos, el consumo largo y acentuado puede disminuir la producción leucocitaria, la movilidad y adherencia de los granulocitos^{46, 47}.

Los trastorno psiquiátricos que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo son⁴⁹:

- Personalidad antisocial
- Manía
- Esquizofrenia
- Trastornos de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Distimia
- Depresión mayor
- Trastornos por somatización
- Trastornos fóbicos
- Anorexia
- Deterioro cognitivo

✓ Tabaco

Los consumidores de tabaco tiene más probabilidad de presentar aterosclerosis de grandes vasos, casi el 90% de la patología vascular periférica puede atribuirse a fumar, el 20-30% de la cardiopatía isquémica y aproximadamente el 10% de la enfermedad vascular cerebral oclusiva se deben al consumo de cigarros⁴⁶. Las personas no fumadoras pero que son expuestas al humo pasivo aumentan el riesgo de padecer enfermedades del corazón en un 20-30%⁴⁸.

El consumo de cigarros es la causa de más del 90% de los casos de neuropatía obstructiva crónica (EPOC), la hiperplasia mucosa crónica de las vías respiratorias grandes produce tos crónica productiva hasta en el 80% de los fumadores, además de cáncer de pulmones^{47, 48}.

En la cavidad bucal causa manchas dentales, retracción de encías, halitosis, cáncer de labios y lengua^{48, 50}.

✓ Opiáceos

Cuadro 6. Complicaciones médicas por consumo de opiáceos	
Sistema cardiovascular	Oclusión de venas, infección del endocardio y válvulas del corazón.
Sistema gastrointestinal	Hepatitis, abscesos y enfermedades del hígado.
Sistema inmunológico	Infecciones, VIH.
Embarazo	Aborto espontaneo.

Fuente: Pares A, Caballeria J.

✓ Cocaína.

Los consumidores de cocaína se exponen a tener un evento cerebro vascular que puede resultar en muerte súbita, endocarditis, infarto agudo al miocardio, arritmias cardiacas. La inhalación puede causar sangrados nasales, ronquera, perforación y pérdida del tabique nasal. La ingestión de cocaína puede causar gangrena intestinal grave. La rabdomiólisis es frecuente, generalmente se debe a isquemia por espasmo vascular. La madarosis es propia de los fumadores de crack⁴⁸.

✓ Anfetaminas.

Puede alterar la capacidad del organismo para regular la temperatura, puede producir hipertermia maligna o golpe de calor, pueden causar paranoia, alucinaciones visuales y auditivas⁴⁹. Los efectos más graves a nivel cardiovascular se encuentran la hipertensión, alteraciones del ritmo, isquemia cardiaca y disección de la aorta. El abuso crónico puede ocasionar caries dental intensa en la cual los dientes están oscuros y frágiles^{46, 50}. Puede causar una disfunción inmune transitoria, se manifiesta con una disminución de linfocitos T e incremento de células NK⁴⁸.

✓ Cannabis

Disminuye la capacidad de realizar tareas que requieran concentración motora, aumento de la frecuencia cardiaca, reducción en la producción de saliva, sequedad de boca, reducción del peristaltismo intestinal, produce relajación muscular^{48, 50}.

✓ Inhalantes.

Produce una disfunción multifocal y progresiva del SNC, afecta principalmente las área cerebelosa (ataxia y disartria), prefrontal (deterioro intelectual y alteraciones en la conducta), motora (afectación piramidal) y sensorial (vías visuales y auditivas).⁴⁸

Puede causar insuficiencia cardiaca y muerte a los pocos minutos de inhalación, es conocido como “muerte súbita por inhalación”. Puede provocar muerte por asfixia al desplazar el oxígeno de los pulmones. El consumo crónico es causa de depresión de la medula ósea (anemia aplásica, leucemia). Causa dermatitis por contacto, quemaduras locales y eczema perioral, además de hepatotoxicidad. Dentro los padecimientos psiquiátricos pueden causar demencia, depresión, insomnio, pérdida de memoria, psicosis, apatía^{48, 50, 51}.

2.6 Calidad de vida y consumo de sustancias.

Hay diferentes estudios que comparan la calidad de vida y el consumo de sustancias, pero estos solo se enfocan en una sola sustancia, siendo el principal estudio con la heroína o alcohol.

Fernández Miranda, González realizaron un el estudio “calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona”. En el cual evaluaban la calidad de vida relacionada con la salud en 49 pacientes consumidores de heroína que llevaban 4 años en tratamiento en un programa de mantenimiento con metadona (PMM), donde encontraron que los pacientes mostraron una calidad de vida moderada, peor en las escalas del componente

mental que en las del componente físico. Los que eran VIH + y los que tenían una comorbilidad psiquiatría mostrar una peor calidad de vida⁵².

Martínez- Gonzales en el estudio “Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad”. El objetivo era conocer la evolución de variables como la calidad de vida, el craving o el ajuste psicológico a lo largo del tratamiento en una muestra de 65 pacientes con trastorno por dependencia a alcohol, de los que el 56% presentaba un trastorno de personalidad. Encontraron que al final del tratamiento los pacientes evaluados presentaban niveles de calidad de vida significativamente mayores en comparación al inicio del mismo. También se constató que la calidad de vida y el craving al iniciar el tratamiento predicen el consumo de alcohol durante los primeros 3 meses⁵³.

Tirado y Álvarez compararon la calidad de vida en pacientes heroínómanos en un centro de dependencia en la ciudad de Medellín, en un estudio llamado “Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín, Colombia”, el objetivo del estudio fue describir la calidad de vida en adictos a heroína, se encuestaron a 40 adictos en diferentes etapas de tratamiento, se dividieron en 2 grupos: en el primero eran pacientes hospitalizados, en fase de deshabitación y reinserción social y en el segundo pacientes en cualquiera de las fases del programa. Se encontró que la calidad de vida fue mejor para el grupo 2, la calidad de vida es mejor en los pacientes que llevan más tiempo en el programa de mantenimiento con metadona⁵⁴.

Rayo y Pardo realizaron el estudio “consumo de sustancias psicoactivas de tipo legal e ilegal, y calidad de vida en adolescentes” donde el objetivo fue identificar si existían diferencias significativas en la calidad de vida entre adolescentes que no consumen sustancias psicoactivas de aquellos que consumen sustancias psicoactivas legales y quienes consumen sustancias psicoactivas legales e ilegales. Se evaluaron a 60 adolescentes de 14 a 18 años. Los resultados

mostraron que hay diferencias significativas en la categoría de calidad de vida que hace referencia a apoyo social y de pares, lo que significa que jóvenes que consumen sustancias psicoactivas de cualquier tipo se sienten aceptados y apoyados e incluidos en pares a diferencia de los que no consumen ningún tipo de sustancia psicoactiva⁵⁵.

Panadero y Muñoz realizaron un estudio llamado “salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar”. En este estudio se comparó a aquellas personas que están recién llegadas a la situación sin hogar (menos de 1 año), frente a aquellas que llevan un largo tiempo en dicha situación (más de 5 años). Se pudo ver que existen diferencias importantes entre ambos grupos que parecen indicar que existe un mayor deterioro en aquellos que llevan más tiempo sin hogar, como mayor consumo de drogas, más discapacidades, así como mayores carencias y peor calidad de vida⁵⁶.

Grau y Mayolas realizaron un estudio donde se evaluó la calidad de vida y el consumo de tabaco. Se analizó la relación entre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y la etapa de cambio en el abandono del consumo de tabaco. Los datos obtenidos indican peor salud física percibida en las etapas de cambio más próximas al abandono de tabaco y una peor salud mental percibida en las etapas con tabaquismo activo⁵⁷.

En 1997 se realizó el estudio “adicción a la heroína y calidad de vida” donde comparo la calidad de vida en adictos a heroína, se propone a la calidad de vida como un criterio de evaluación de efectividad de los programas de tratamiento como criterio de evaluación de efectividad de los programas de tratamiento de la adicción a heroína⁵⁸.

Pocos son los estudios enfocados a la calidad de vida en pacientes consumidores de sustancias en México. En 1994 se realizó el estudio “heroinómanos y calidad de vida” el objetivo de este estudio fue valorar la calidad de vida y auto percepción

de salud en adictos a heroína en tratamiento con metadona. Se concluyó que hay sustanciales cambios en dirección positivo (bienestar general en actividades diarias, ambiente general en los primeros meses de tratamiento).⁵⁹

2.7 Estadísticas sobre adicciones en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Prevalencia de diagnóstico relacionado con el consumo de sustancias de enero 2014 a Enero 2015 en pacientes hospitalizados.	
DIAGNOSTICO	Porcentaje (%)
Síndrome de dependencia al alcohol (F10.2)	1.6%
Trastorno psicótico secundario al consumo de alcohol	4%
Trastorno mental y del comportamiento debido a opioides	0.4%
Intoxicación aguda por marihuana	0.4%
Trastorno psicótico debido al consumo de marihuana	2.8%
Trastorno psicótico debido al consumo de sedantes	0.8%
Síndrome de dependencia a la cocaína (F10.2)	0.4%
Trastorno psicótico debido al consumo de cocaína	0.8%

Trastorno psicótico debido al consumo de otros estimulantes	0.4%
Trastorno psicótico debido al consumo de inhalantes	3.6%
Intoxicación aguda debido al consumo de múltiples sustancias.	0.4%
Consumo perjudicial de múltiples sustancias	4.8%
Síndrome de dependencia a múltiples sustancias	1.2%
Síndrome de abstinencia a múltiples sustancias	0.4%
Trastorno psicótico debido al consumo de múltiples sustancias	70.3%
Trastorno psicótico residual secundario al consumo de múltiples sustancias	0.4%
Otros trastornos mentales o del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias	0.4%

3.- METODOLOGÍA

3.1 Justificación

Teniendo en cuenta que la información que existe acerca de la calidad de vida en pacientes consumidores de sustancias en nuestro país es deficiente y que los estudios que hay generalmente se abocan a una sola droga como el alcohol o la heroína. En el mundo no se cuenta con estudios enfocados a la calidad de vida en pacientes que consumen más de 2 sustancias, y los estudios que existen solo se han enfocado en la calidad de vida y tratamiento de pacientes que consumen heroína, se plantea llevar a cabo un estudio epidemiológico que por un lado describa, en función a variables de persona, lugar y tiempo, el perfil de calidad de vida de una muestra de pacientes hospitalizados y en el servicio del CLINPAD (Clínica de Patología Dual) que reciben atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y por otro lado, generar información confiable que permita conocer la situación y calidad de vida de los pacientes que consumen más de 2 sustancias tomando en cuenta la prevalencia de otros trastornos psiquiátricos no adictológicos.

Se recabara información del expediente clínico sobre los trastornos psiquiátricos no adictológicos (comorbilidad psiquiátrica)

3.2 Planteamiento del problema

Es un hecho que la calidad de vida de los pacientes que presentan consumo de sustancias, se encuentra comprometida en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que inciden a nivel de la dinámica familiar donde, comúnmente se presentan cambios conductuales que vuelven disfuncional la relación desarrollándose, finalmente patrones de co-dependencia como resultado de un patrón de adicción. En estos individuos, el deterioro laboral es una constante traducida en una disminución del rendimiento, que en la mayoría de los casos, se refleja en la pérdida de bienes materiales y por ende, en la calidad de vida de ellos, misma que no ha sido exhaustivamente documentada.

Aunado a lo anterior es de vital importancia considerar que en nuestro país es poca, por no decir nula, la investigación sobre calidad de vida en los pacientes con consumo de sustancias limitando esto, el manejo de indicadores confiables que permitan la comparación en estudios epidemiológicos y el diseño de programas de promoción de la salud, protección específica y rehabilitación donde la familia se empodere para revertir el problema ya que cuando un paciente es adicto, el problema no es individual, toma relevancia colectiva, por lo tanto:

¿Existen asociación estadísticamente significativas entre la calidad de vida en pacientes con consumo de 2 o más sustancias y el índice de severidad de adicción, por el tipo de sustancia ingerida, la cantidad y la comorbilidad psiquiátrica?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Describir el nivel de calidad de vida y el índice de severidad de adicción en pacientes con consumo de 2 o más sustancias que se encuentran hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez y en tratamiento en CLINPAD, durante el periodo comprendido de 2015 a marzo 2016.

3.3.2 Objetivos específicos

- Describir la asociación estadísticamente significativa de la calidad de vida de los pacientes que consumen 2 o más sustancias.
- Describir la asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad de adicción y el tipo de sustancia.
- Describir la asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad de adicción y el estado psicopatológico.
- Describir la comorbilidad psiquiátrica que al momento del estudio presenta cada uno de los pacientes encuestados.

3.4 Hipótesis

H₁

Si existe asociación estadísticamente significativa en la calidad de vida de pacientes con consumo de 2 o más sustancias (inhalantes, alcohol y marihuana)

H₀₁

No existe asociación estadísticamente significativa en la calidad de vida de pacientes con consumo 2 o más sustancias, por el tipo de sustancia, la cantidad y la comorbilidad psiquiátrica. (Inhalantes, alcohol y marihuana)

H₂

Si existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad de adicción y el tipo de sustancia.

H₀₂

No existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad de adicción y el tipo de sustancia.

H₃

Si existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad de adicción y estado psicopatológico

H₀₃

No existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de severidad de adicción y estado psicopatológico

3.5 Variables de estudio

- Independiente: Consumo crónico de sustancias, tipo de sustancia, cantidad de sustancia y comorbilidad psiquiátrica.
- Dependiente: Calidad de vida.

Variable	Conceptualización	Operacionalización
Consumo de sustancias	Ingesta de cualquier sustancia que al introducirse al organismo produce un cambio en su funcionamiento del sistema nervioso central.	Se determinará el tipo de sustancia y el tiempo de consumo.
Calidad de vida	Es la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones	Se determinará en función de la escala SF-30.
Comorbilidad psiquiátrica	La comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico	Se determinara de acuerdo al expediente clínico.
Edad		Se determinará en años cumplidos
Género		Se identificará como: 2= Masculino 1= Femenino

3.6 Muestra

Muestreo no probabilístico, por criterio, ya que se trabajó con pacientes que se encuentren ingresados en el hospital Fray Bernardino Álvarez por trastorno

secundario a consumo de 2 o más de sustancias y que acudan al servicio de CLINPAD, por cuota ya que se contó con un total de 50 pacientes.

3.7 Criterios de Selección

3.7.1 Criterios de inclusión

- Pacientes masculinos y femeninos de 18 a 40 años que reporten consumo de 2 o más sustancias.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y cuyo familiar responsable firme de aceptación
- Pacientes que ingresen al hospital Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno por consumo de 2 o más sustancias.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento en el servicio de CLINPAD.

3.7.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que cursen con algún trastorno psicótico o impedimento físico durante la aplicación del instrumento de recolección de información.
- Pacientes que cuenten con diagnóstico de retraso mental.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes con diagnóstico de Demencia.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

3.8 Tipo de estudio.

- Descriptivo, transversal, correlacional.

3.9 Instrumentos

❖ SF-30

Mide la calidad de vida relacionada con la salud mediante 36 ITMS que se agrupan en la siguiente ocho escalas.

- Función física: Grado en el que la salud limita las actividades físicas.
- Rol físico: Grado en el que la salud física interfiere con las actividades cotidianas.
- Dolor: intensidad de dolor y su influencia en la vida normal.
- Salud General: Evaluación personal de la propia salud, incluso comparándola con la de los demás.
- Vitalidad: Nivel de energía y vitalidad.
- Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales limitan las actividades sociales normales.
- Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales interfieren en las actividades cotidianas.
- Salud mental: Grado de síntomas depresivos o ansiosos y afectividad.

Se engloban en dos medidas sumarias de salud, el componente físico constituido por las escalas: función física, rol físico, dolor y salud general y el componente mental constituido por las escalas: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada una de las 8 escalas obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 100 del peor al mejor estado de salud.

Su contenido incluye tanto la salud física como la mental, simplicidad y rapidez de administración lo convierten en un instrumento genérico de medida de calidad de vida relacionada con la salud muy útil en la evaluación de resultados clínicos, además permite la comparación entre pacientes con la misma condición y entre diferentes condiciones.

❖ ASÍ (Índice de severidad de adicción).

Para medir la severidad de adicción se utilizara el índice de gravedad de adicción, la cual es una entrevista semiestructurada y breve, la cual proporciona información relevante acerca de aspectos de la vida del paciente que puede contribuir a un síndrome de abuso de sustancias.

La severidad se evalúa en base a las siguientes áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales y estado psicológico. Se obtienen 2 medidas: la puntuación de severidad y la puntuación compuesta. El tiempo estimado de administración es de 45 a 60 minutos.

3.10 Procedimiento

Se presentó el protocolo a los Comités de Investigación y Ética en Investigación el día 17 de marzo, posterior a tener su aprobación se comenzó a reclutar la muestra, se acudió a los pisos del hospital psiquiátrico fray Bernardino Álvarez (pisos 2°,4°,5°) y al servicio de CLINPAD, para buscar sujetos que contaban con los criterios de inclusión y aquellos que quisieran participar en el proyecto y firmaran el consentimiento informado, se recabo información del expediente clínico para tomar datos del diagnósticos comórbidos, se acudió 1 vez por semana, en caso de que se encontraban a los sujetos indicados y estos firmaban el consentimiento informado se procedió a realizar los instrumentos seleccionados, estos se realizaron en una sola sesión en alrededor de 2 horas.

Posterior al reclutamiento de los sujetos, se comenzó a realizar el análisis estadístico de la información recolectada y así proseguir con análisis de resultados, tablas y gráficas, discusión y conclusiones.

3.11 Análisis estadístico

Para la captura y análisis de la información se diseñó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS V20. Se calcularon razones,

proporciones y promedios para las variables sociodemográficas. Se utilizó chi-cuadrado de Pearson para determina el grado de asociación entre variables

3.11 Resultados

- **Variables sociodemográficas**

Edad

En el presente estudio participaron 50 pacientes que solicitaron atención al servicio de CLINPAD del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y aquellos que están en hospitalización continua. El 8% (n=4) de los encuestados correspondió al sexo femenino y el 92% (n=46) al masculino, el promedio de edad fue de 27.8 años (DE= \pm 7.4). La edad menor fue de 18 años y la máxima de 52 años, las variables analizadas se presentan a continuación y fueron analizadas con el programa SPSS V 20. La población de estudio fue dividida en 7 grupos etáreos, la mayor proporción correspondió al grupo de 18 a 23 años con el 34%. Es de llamar la atención que el 82% de la población oscila entre 18 a 33 años. Esto es importante en virtud a que se trata de personas jóvenes y la información generada es alarmante si se considera que lo aquí registrado ha sucedido dentro de las tres primeras décadas de su vida. (Tabla 1)

Tabla 1 Distribución de edad por grupos etáreos. HPFBA. 2016.		
Edad	No.	%
18-23	17	34%
24-28	9	18%
29-33	15	28%
34-38	5	10%
39-43	3	6%
44-48	-	-
49-52	1	2%
Total	50	100

Fuente directa y del expediente clínico

N=50

Escolaridad, estado civil y laboral

En términos de escolaridad se encontró que solo el 8% (n=4) cuenta con primaria, el 46% (n=23) con secundaria, el 36% (n=18) con formación media (preparatoria), el 10% (n=5) mencionó tener formación superior (licenciatura). Respecto a la situación laboral de los encuestados se observó que más de la tercera parte se encuentra desempleado ya que a este rubro correspondió el 46% (n=23). El 48% (n=24) cuenta con trabajo y se desempeña como empleado, ninguno de ellos mencionó contar con negocio propio lo que le haría ser independiente económicamente. La soltería fue el estado civil predominante 72% (n= 36), y el 22% (n=11) refirió estar casado. (Tabla 2).

Tabla 2	
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS REFERIDAS POR 50 PACIENTES. HPFBA. 2016.	
Escolaridad	
Primaria	8%
Secundaria	46%
Preparatoria	36%
Licenciatura	10%
Situación laboral	
Desempleado	46%
Estudiante	6%
Empleado	48%
Estado civil	
Soltero	68%
Casado	22%
Divorciado	10%

Fuente directa y expediente clínico

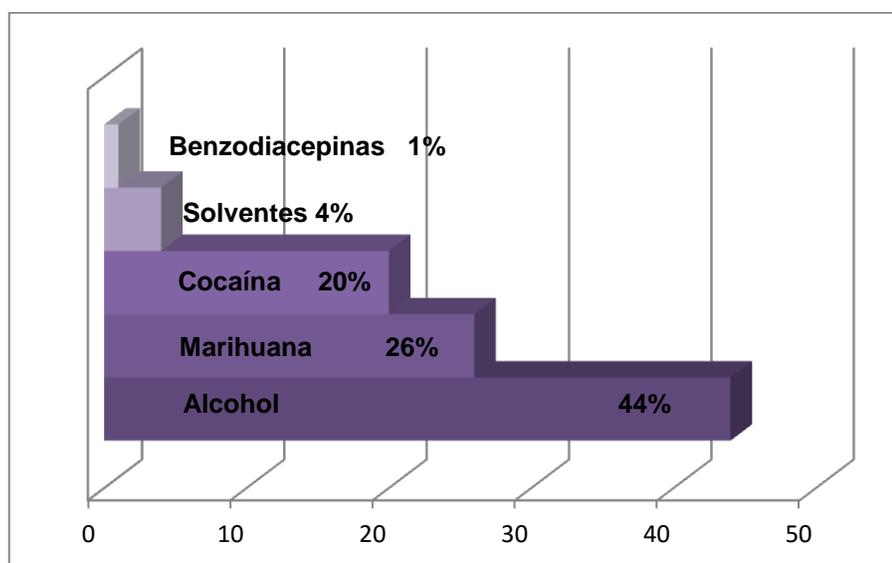
N=50

- **Variables Clínicas**

Tipo de sustancia (mayor impacto).

El registro del consumo de sustancias de mayor impacto posiciona al alcohol como el de mayor impacto (44%) y a la marihuana en segundo lugar (26%), solo un paciente refirió consumir benzodiazepinas. (Gráfica 1)

Gráfica 1
Distribución porcentual del tipo de sustancia de mayor impacto referido por los pacientes.

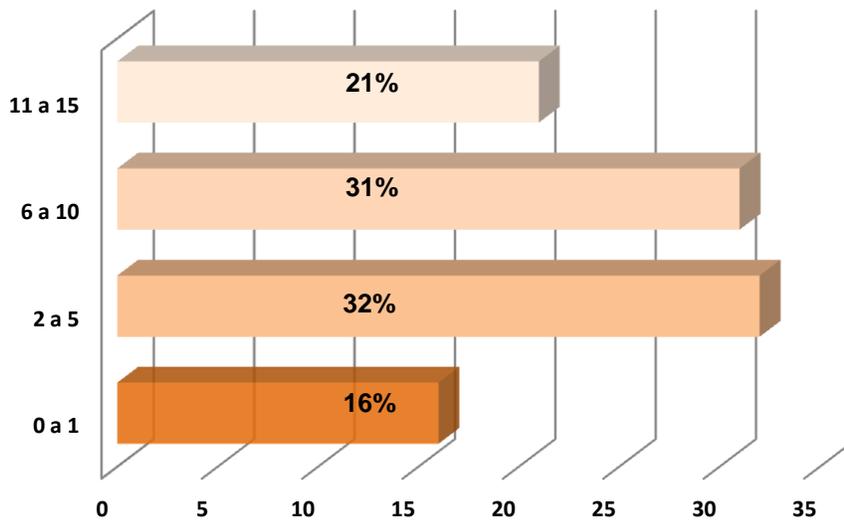


Fuente directa y expediente clínico

N=50

Al registrar el tiempo promedio de consumo de sustancias se identificó que el 32% son pacientes con un consumo de 2 a 5 años y el 31% son pacientes que mencionaron de 6 a 10 años de antigüedad en el consumo, el 21% de 11 a 15 años. Lo anterior lleva a la reflexión de que esta información debe ser cruzada más adelante con tipo de sustancia. (Gráfica 2).

Gráfica 2
Distribución promedio de tiempo de consumo de sustancias.
HPFBA. 2016



Fuente directa y expediente clínico

N=50

Diagnostico psiquiátrico y adictológicos.

El diagnostico psiquiátrico y adictológicos en su mayoría fue realizado por residente de 4to año así como algunos se recabaron de los expedientes clínicos. Se diagnosticaron 17 trastornos observándose que el mayor prevalencia fue el trastorno depresivo con un 26% y en segundo lugar el Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias con un 14%, la esquizofrenia paranoide, el TDAH y el Trastorno disocial de la personalidad ocupó el 3er lugar (tabla 3).

Tabla 3		
Prevalencia de padecimientos psiquiátricos realizados a 50 pacientes. HPFBA.20116.		
Diagnostico.		%
1	Trastornos Depresivos	26%
2	Trastornos de ansiedad	2%
3	Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancia	14%

4	Trastorno límite de personalidad	4%
5	Esquizofrenia paranoide	8%
6	déficit de atención	8%
7	Rasgos disociales de personalidad	6%
8	Trastorno obsesivo compulsivo	4%
9	disocial de la personalidad	8%
10	Trastorno bipolar actualmente en remisión	2%
11	Trastornos depresivos y trastorno límite de personalidad	6%
12	Trastornos depresivos y rasgos disociales de personalidad	2%
13	Trastornos depresivos con trastornos de ansiedad y trastorno psicótico secundario al consumo de sustancia	2%
14	Trastorno límite de personalidad y trastorno por déficit de atención	2%
15	Trastornos de ansiedad y trastorno límite de personalidad	2%
16	Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancia y rasgos disociales de personalidad	2%
17	Trastornos depresivos y trastorno por déficit de atención	2%
Total		100%

Fuente directa y Expediente clínico.

N=50

Dentro del diagnóstico adictológicos demostró que la dependencia a una o más sustancia es diagnóstico de mayor prevalencia ya que 44% de los respondientes manifestaron tener este problema; el segundo lugar lo ocupó el consumo perjudicial de alcohol y marihuana y en tercer lugar el consumo de alcohol, cocaína y marihuana. (Tabla 4).

Tabla 3		
Diagnóstico adictológico en una muestra de 50 pacientes. HPFBA.20116.		
Diagnostico		%
1	Consumo perjudicial de alcohol, cocaína y marihuana	12%
2	Consumo perjudicial de alcohol y marihuana	18%
3	Consumo perjudicial de cocaína y alcohol	6%
4	Consumo perjudicial de alcohol y tabaco	10%
5	Consumo perjudicial de marihuana y tabaco	4%
6	Consumo perjudicial de cristal, cocaína y alcohol	2%
7	Consumo perjudicial de marihuana y solventes	4%
8	Dependencia a una o más sustancias	44%
Total		100%

Fuente directa y expediente clínico

N=50

Índice de severidad de adicción (ASI)

Dentro de la escala ASI sobre estado médico general se observó que en la primer lugar 40 (80%) de los pacientes no tienen problema alguno y el tratamiento no está indicado y en segundo lugar lo constituyo la clasificación donde solo 6 (12%) pacientes requieren un tratamiento probable pero no necesario. Respecto al empleo la distribución se presentó diferente: el primer lugar lo ocupa la clasificación problema moderado donde 18 pacientes (36%) es necesario algún tratamiento, el segundo lugar lo ocupa; un problema considerable y son los 16 pacientes (32%). que requieren un tratamiento necesario. Como se observa ninguna de estas variables constituyen un problema extremo (Tabla 4)

Tabla 4 Índice de severidad de adicción (ASI). HPFBA. 2016.		
Estado médico	Clasificación por severidad	Empleo
80% (n=40)	No hay problema: el tratamiento no es indicado	6% (n=3)
12% (n=6)	Problema insignificante: tratamiento probable pero no necesario	26% (n=13)
6% (n=3)	Problema moderado: Es necesario algún tratamiento	36% (n=18)
2% (n=1)	Problema considerable: El tratamiento es necesario	32% (n=16)
-	Problema extremo: Tratamiento absolutamente necesario	-

Fuente directa y expediente clínico

N=50

Se puede observar que en el consumo de alcohol y de sustancias requieren tratamiento necesario y absolutamente necesario lo que evidencia necesidades de tratamiento extremo porque tanto para el consumo de alcohol como el de sustancias el primer problema extremo lo constituyen la prevalencia de alcohol con el 46% de la población (n=23) y el 52% (n=26) para el consumo de sustancias; el segundo lugar la clasificación de los eventos representa un problema considerable ya que para el consumo de alcohol el 26% (n=16) requiere tratamiento necesario y para el consumo de sustancias es el 24% (n=12). Ambos constituyen un grave problema de salud pública ya que al hablar de problema considerable lo constituye un consumo perjudicial pero cuando se habla de problema extremo se está hablando de dependencia a la sustancia. (Tabla 5)

Tabla 5		
Índice de severidad de adicción (ASI). HPFBA. 2016.		
Consumo de alcohol	Clasificación por severidad	Consumo de sustancias
16% (n=8)	No hay problema: el tratamiento no es indicado	18% (n=9)
8% (n=4)	Problema insignificante: tratamiento probable pero no necesario	2% (n=1)
4% (n=2)	Problema moderado: Es necesario algún tratamiento	4% (n=2)
26% (n=13)	Problema considerable: El tratamiento es necesario	24% (n=12)
46% (n=23)	Problema extremo: Tratamiento absolutamente necesario	52% (n=26)

Fuente directa y expediente clínico

N=50

Dentro de la situación legal, el 20% no han reportado problema alguno, por lo tanto, no se requiere tratamiento, el problema insignificante como clasificación representa el 34% es decir 17 pacientes requiere un tratamiento probable pero no necesario, y para la clasificación problema moderado constituyen un 28%. Solamente 1 paciente (2%) fue clasificado en un problema extremo, por lo tanto el tratamiento es absolutamente necesario. En cuanto al problema social dentro de la problemática considerable e insignificante representaron la misma distribución perceptual: el 32% considera la situación familiar/social como un problema insignificante donde no es necesario el tratamiento y el tratamiento es necesario para el 32%. porque el problema si es considerable En esta dimensión si se presentaron 7 pacientes que representan el 14% con una situación familiar o

social que constituye un problema extremo por lo tanto requiere un tratamiento absolutamente necesario. Llamo la atención que no hubo paciente alguno al cual se le otorgara una clasificación como un problema insignificante. (Tabla 6)

Tabla 6		
Índice de severidad de adicción (ASI). HPFBA. 2016.		
Situación legal	Clasificación por severidad	Situación familiar-social
20% (n=10)	No hay problema: el tratamiento no es indicado	-
34% (n=17)	Problema insignificante: tratamiento probable pero no necesario	32% (n=16)
28% (n=14)	Problema moderado: Es necesario algún tratamiento	22% (n=11)
16% (n=8)	Problema considerable: El tratamiento es necesario	32% (n=16)
2% (n=1)	Problema extremo: Tratamiento absolutamente necesario	14% (n=7)

Fuente directa y expediente clínico

N=50

Por último la valoración del estado psicopatológico puso en evidencia que más de la mitad de los pacientes requieren necesariamente tratamiento ya que presentan un problema considerable. La prevalencia de severidad del estado psicopatológico fue: como problema moderado se presentó en el 22%, como problema considerable se presentó en el 56% y como problema extremo el 22% requiere tratamiento absolutamente necesario y como se observa en la tabla 7, no hay pacientes cuyo estado psicopatológico constituya un problema insignificante y más

aun que no se aun problema, por lo tanto es evidente la necesidad de tratamiento en la muestra estudiada.

Tabla tal Índice de severidad de adicción (ASI). HPFBA. 2016.	
Clasificación por severidad	Estado psicopatológico
No hay problema: el tratamiento no es indicado	-
Problema insignificante: tratamiento probable pero no necesario	-
Problema moderado: Es necesario algún tratamiento	22% (n=11)
Problema considerable: El tratamiento es necesario	56% (n=28)
Problema extremo: Tratamiento absolutamente necesario	22% (n=11)

Fuente directa y expediente clínico

N=50

Determinación de la calidad de vida (SF -36)

Obsérvese que el 66% de los encuestados perciben su calidad de vida como muy buena y el 22% la reconocen como excelente.

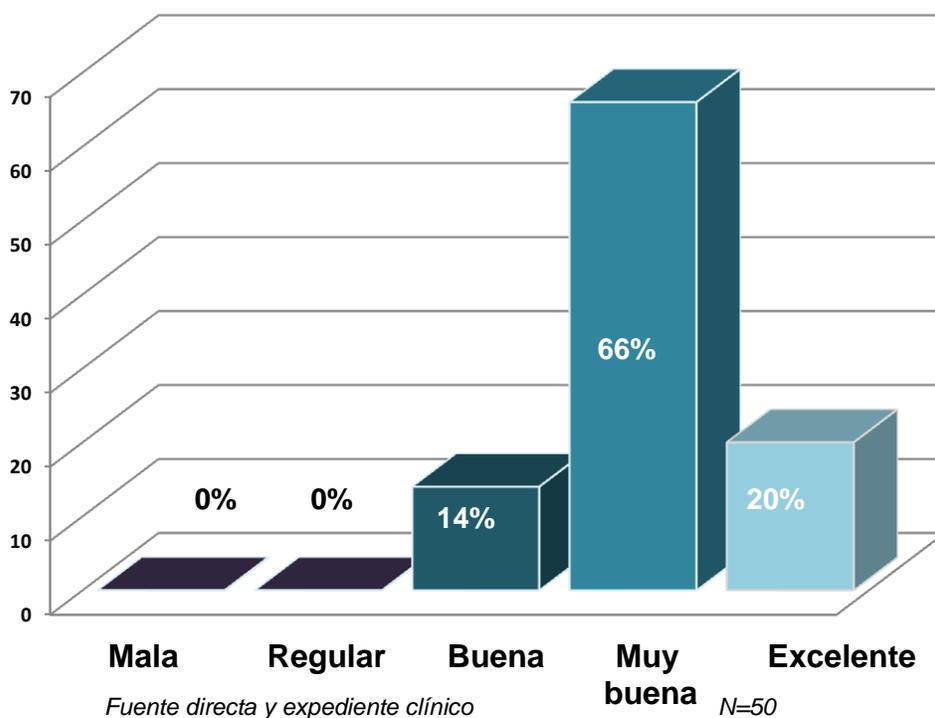
Es evidente que están influenciados por la pobre conciencia de su enfermedad, razón por la cual se determinaron asociaciones y correlaciones utilizando el ASI.

La información que se presenta corresponde a la valoración de 8 dimensiones y auto aplicada: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La bibliografía consultada hasta el momento habla de que el indice ha sido valorado en su consistencia (alpha de

cronbach), de igual forma presentan los puntajes promedio obtenido por las poblaciones estudiadas en cada una de las dimensiones pero no se identificó los límites de calidad de vida entre mala, regular, buena, muy buena y excelente por lo tanto teniendo en cuenta las opciones de respuesta que contiene el formulario y su relación estilo likert se le asignó un puntaje límite para la calificación obtenida por cada paciente, así: de 1 a 20 puntos promedio por grupo corresponde a la clasificación mala calidad de vida, de 21 a 40 fue una calidad de vida regular, de 41 a 60 corresponde a una buena calidad de vida, de 61 a 80 corresponde a una muy buena calidad de vida y de 81 a 100 corresponde a una excelente calidad de vida. (Grafica 3)

Gráfica 3

Distribución de criterios de calidad de vida referidos por 50 pacientes. HPFBA. 2016.



Valoración del Índice de severidad de adicción (ASI) en asociación y correlación con variables sociodemográficas, clínicas y Calidad de vida.

La valoración (ASI) fue realizada por la investigadora mediante entrevista clínica y sin considerar lo asentado por el paciente en su autopercepción, para identificar la relación de las variables se corrieron modelos de asociación y correlación, los resultados fueron los siguientes: (tabla 8)

Tabla 8		
Asociación y correlación entre variables de estudio. HPFBA. 2016.		
Variables	Significancia	Interpretación
ASI consumo de alcohol / tipo de sustancia	$p= 0.05$	Existe asociación
ASI consumo de sustancia / ASI estado psicopatológico	$p= 0.03$	Existe asociación
Correlación entre ASI Estado psicopatológico / ASI consumo de sustancias	$p= 0.001$	Existe correlación significativa
Correlación ASI Estado psicopatológico / calidad de vida	$p= 0.01$	Existe correlación significativa
Correlación Tipo de sustancia / tiempo de consumo	$p= 0.01$	Existe correlación significativa

Fuente directa y expediente clínico

N=50

3.12 Discusión.

Los resultados obtenidos en el estudio ponen en evidencia que la población de estudio se centra más en varones que en mujeres, esto se debe probablemente a que son menos las mujeres que solicitan atención a los servicios psiquiátricos hospitalarios. Al respecto, autores como Gutiérrez³² y Amador³⁵ refieren que los

resultados obtenidos de las investigaciones corresponden generalmente a varones.

A pesar de que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el Informe mundial sobre drogas del 2014 menciona que la mayoría de los consumidores se encuentran en los grupos de edad entre 15 y 64 años²⁷ Ortiz y mesa³¹ mencionan que el grupo más afectado en términos de consumo e inicio de consumo es de 15 a 19 iniciando el consumo antes de los 11 años. En el presente estudio se observó que el 82% de los pacientes de mayor afectación están dentro del grupo de 18 a 33 años.

Si bien es cierto que el Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID)³¹ y los CIJ señalan que la marihuana es la tercera o cuarta sustancia de consumo los resultados obtenidos en el presente estudio la sitúan en segundo lugar de consumo. Además, la marihuana se encontró en combinación de consumo con cocaína, alcohol, solventes y tabaco.

Llama la atención que dentro del grupo de 44 a 48 años no se encontraron sujetos que consumieran algún tipo de sustancias. En México, según la ENA (Encuesta Nacional de Adicciones), la población más afectada, bien por consumo perjudicial o por dependencia de sustancias, corresponde al sexo masculino, resultados coincidentes con lo mencionado, de nueva cuenta, por Gutiérrez³² y Amador³⁵

La dependencia a una o más sustancias se identificó en el estudio a diferencia con estudios precedentes que se han enfocado a la dependencia a una sola sustancia.^{30, 34}

En el contexto sociodemográfico se identificó que la mayor parte de la población ha concluido la secundaria y solo el 10% había cursado una licenciatura, además la mayor parte de su sustento estaba dado por la familia, principalmente madre o padre y el estado civil mas prevalente fue estar soltero, los resultados obtenidos difieren con los estudios descritos con anterioridad⁵⁹.

Dentro de la sustancia de mayor consumo en el mundo se habla que la marihuana ha ido incrementando su uso, dentro de las estadísticas del Hospital Fray Bernardino Álvarez solo el 0.4% de la población consume marihuana, el presente estudio difiere con las estadísticas del Hospital ya que la marihuana ocupa el segundo lugar de sustancias que más se consumen y que tienen mayor impacto con un 26%. Dentro de las estadísticas dentro de América la droga de mayor consumo es la cocaína, droga que dentro de este estudio ocupó el tercer lugar con 20%.^{31, 32}

Los estudios realizados en los CIJ mencionan que los hombres solicitan, y requieren, de más acciones de ayuda y sitúan al alcohol como la droga que ocupa el primer lugar seguido de cocaína, estos resultados son más parecidos a los del presente estudio ya que dentro del presente estudio la droga de mayor consumo y de impacto fue el alcohol lo cual no es coincidente con la información obtenida del Hospital Fray Bernardino Álvarez⁶⁰. Probablemente esto se deba a que el alcohol no se le considera como una droga de abuso y en su mayoría no se cuestiona durante una consulta, de urgencias o de algún otro servicio, además también influye en el que el alcohol este aceptado socialmente y no se observa como un problema que alguien consuma alcohol cuando presenta síntomas afectivos o para incrementar su funcionalidad social.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)³³ menciona que alrededor del 15% de las personas que presentan consumo de alguna sustancia tienen también un trastorno psiquiátrico asociado (comorbilidad o patología dual), y dentro de estos los más frecuentes son los trastornos depresivos, ansiosos y los síntomas psicóticos asociados al consumo de sustancias. En el presente estudio se pudo corroborar esta información ya que el 26% de la muestra presentaba algún trastorno depresivo, en segundo lugar quedaban los trastornos psicóticos secundarios al consumo de sustancias.

Los estudios revisados acerca de la calidad de vida y el consumo de sustancias en general mencionan que el consumo de sustancias está relacionado con una disminución en la calidad de vida, en caso de que algunos estuvieran en centros

de rehabilitación se logro conocer que la calidad de vida en un principio era mala o regular sin embargo conforme pasaban tiempo en el centro de rehabilitación la calidad de vida mejoraba ⁵⁴. En el presente estudio se observo que el 66% de los encuestados presentaban una calidad de vida muy buena pero es resultado de su autopercepción, esto difiere de los estudios antes hechos, el problema estriba en que la escala de calidad de vida fue valorada como auto, hecho que sesgó el resultado en virtud a que población estudiada no está consciente de sus problemas de salud física y mental debido a la dependencia a una o más sustancias y no refieren el no tener empleo ni problemas familiares.

En contraste con lo anterior dentro de la escala índice de severidad de adicción (ASI), en la cual el entrevistador es quien otorga una calificación de gravedad según su criterio y su valoración clínica, se encontró que dentro del estado medico en un 80% no había problema, en el rubro empleo el 36% tenía un problema moderado, dentro del consumo de alcohol y sustancias el problema era extremo por lo que el tratamiento es absolutamente necesario, la situación legal se postuló en un 34% como un problema insignificante por lo que el tratamiento no es necesario, la situación familiar se encontró dentro de problema insignificante y considerable, y por último el estado psicopatológico se puntuó en problema considerable por lo que el tratamiento es necesario, esto difiere dentro de la calidad de vida muy buena ya que si así fuera la mayor parte de la población la puntuación del ASI también hubiera sido dentro de los parámetros más bajos.

3.13 Conclusiones.

1. La droga de mayor impacto y consumo es el alcohol, se pudo observar que esta sustancia específica no se pregunta con regularidad y no se observa con un problema relacionado con las adicciones.
2. Se constato que existe asociación entre el índice de severidad de adicción y el tipo de sustancia que consumen, así como el índice de severidad de adicción y el estado psicopatológico ya que en estos la puntuación fue la más severa siendo explicando que el tratamiento debe ser absolutamente necesario.

3. La escala SF-30 de calidad de vida no es herramienta sensible para determinar la calidad de vida en pacientes de estas características debido a que, probablemente por su pobre conciencia de enfermedad las respuestas que se obtuvieron son poco confiables por lo tanto no se encontró incongruencia con la escala índice de severidad de adicción la cual es una herramienta heteroaplicable.
4. Se logro identificar que la enfermedad comorbida mas frecuencia son los trastornos depresivos y en segundo lugar los trastornos psicóticos secundario al consumo.
5. Se recomienda se hagan nuevos estudios con una muestra más amplia, para lograr desarrollar instrumentos que valoren la percepción, tanto del paciente como de terceros, para lograr mayor objetividad y mejorar las intervenciones terapéuticas.
6. El sesgo producido por los resultados de una encuesta de autopercepción podrá corregirse si se cuenta con una escala de calidad de vida donde el entrevistador emita un diagnóstico y no solo se tome en cuenta la opinión del entrevistado o que la escala no se auto aplicable.

4.- Consideraciones éticas

El estudio se realizará de acuerdo con la ley del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud. Así mismo, se respetó la confidencialidad de los sujetos utilizados en el estudio y considerando el TITULO SEXTO (De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud) CAPITULO UNICO, ARTICULO 113, ARTICULO 115.- y ARTICULO 116.

De igual forma, el estudio consideró los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinsky, la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica, diseño de proyectos de Investigación, referente al derecho de los participantes en una investigación y al Código de Nuremberg (consentimiento informado).

El nivel de riesgo de este presente estudio es nulo.

5.- Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: Calidad de vida en pacientes con consumo de 2 o más sustancias.

Investigador principal: Dra. Karla Patricia Castro Morales

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Nombre del paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Teniendo en cuenta que en nuestro país se cuenta con información deficiente acerca de la calidad de vida en pacientes con consumo de sustancias y estos generalmente se abocan a una sola droga como alcohol. El presente estudio pretende general nueva información acerca de la calidad de vida en pacientes que consumen más de 2 sustancias.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos Describir el nivel de calidad de vida en pacientes con consumo de 2 o más sustancias que se encuentran hospitalizados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez durante el periodo comprendido de 2015 a marzo 2016.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio permitirá que en un futuro poder tener información acerca del consumo de 2 o más sustancias y la calidad de vida.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas y se le pedirá que llene un formulario.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

El presente estudio no presenta ningún riesgo para usted.

6. ACLARACIONES

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- ✓ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- ✓ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Estado médico general	
1. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis y <i>delirium tremens</i> . Excluir desintoxicaciones o tratamiento psiquiátrico). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Para las preguntas 7 y 8, presénteles al entrevistado la Escala de Valoración del paciente. 7. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, estos problemas médicos que ha tenido? <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánto tiempo hace que estuvo hospitalizado por última vez debido a un problema orgánico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses	8. ¿Qué importancia tiene, ahora, para usted recibir tratamiento para estos problemas médicos? <input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene algún problema médico crónico que interfiera en su vida? 0. No 1. Sí (especificar _____) <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (VGE) 9. ¿Cómo valora usted la necesidad de tratamiento médico para el paciente? <input type="checkbox"/>
4. ¿Está tomando regularmente alguna medicación recetada para algún problema orgánico? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN DE LA VERACIDAD Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:
5. ¿Recibe alguna pensión por discapacidad física (incapacidad laboral)? (Excluir discapacidad psiquiátrica). 0. No 1. Sí (especificar _____) <input type="checkbox"/>	10. ¿Falsedad por parte del paciente? <input type="checkbox"/>
	11. ¿Incapacidad del paciente para comprender? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
6. ¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha experimentado usted problemas médicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PUNTUACIÓN COMPUESTA <input type="checkbox"/>
Comentarios:	

Empleo / apoyo	
1. Educación básica recibida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años	10. Patrón usual de ocupación durante los últimos tres años: <input type="checkbox"/> 1. Tiempo completo (35 horas semana) 2. Tiempo parcial (horas fijas) 3. Tiempo parcial (horas irregulares/por días) 4. Estudiante 5. Servicio militar 6. Invalidez/Jubilado 7. Desempleado 8. Situación ambiental controlada (cárcel, C.T.)
2. Formación o educación técnica recibida. (Prácticas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses	
3. ¿Tiene usted una profesión u oficio? 0. No 1. Sí (especificar _____) <input type="checkbox"/>	
4. ¿Tiene usted carnet de conducir válido? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	
5. ¿Tiene usted un automóvil disponible para su uso? (Contestar NO en caso de que no posea carnet de conducir válido) 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	11. ¿Cuántos días, de los últimos 30, le han pagado a usted por su trabajo? (Incluya trabajo no declarado legalmente) <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuánto tiempo ha durado su empleo a tiempo completo más prolongado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses	En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero recibió de las siguientes fuentes? 12. Empleo(s).-Salario neto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. Prestación por desempleo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. Mendicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Pensión, beneficencia o Seguridad Social <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Pareja, familia o amigos. (Dinero para gastos personales) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17. Ilegal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ocupación usual (o última). _____	
8. ¿Contribuye alguien, de alguna manera, en su sustento o mantenimiento? (Excluir instituciones) 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	
9. (Sólo si la respuesta n.º 8 fue afirmativa). ¿Constituye esta contribución la mayor parte de su sustento? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	

Para las preguntas 20 y 21, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente	VALORACIÓN DE LA VERACIDAD Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:
20. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, sus problemas laborales? <input type="checkbox"/>	23. ¿Falsedad por parte del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
21. ¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir consejo profesional para estos problemas laborales? <input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (VGE)	24. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
22. ¿Cómo valora usted la necesidad del paciente de recibir asesoramiento profesional acerca de su situación laboral? <input type="checkbox"/>	PUNTUACIÓN COMPUESTA <input type="checkbox"/>
Comentarios	

Consumo de drogas y alcohol					
Uso en	Últimos 30 días	Transcurso de la vida		Vía de admon.*	
	Días	Años	Meses		
1. Alcohol. Cualquier consumo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Alcohol. Hasta la intoxicación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Heroína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Metadona / LAAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Barbitúricos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Otros hipnosedantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Cocaína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Anietaminas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Alucinógenos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Inhalantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Más de una sustancia al día regularmente (2-3 veces por semana, incluido el alcohol)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Vía de administración: 1=Oral; 2=Nasal; 3=Fumada; 4=No I.V.; 5=I.V.					
14. ¿Qué sustancia constituye el problema principal? (Por favor, codifique basándose en el cuadro de la página anterior o 00 - si no hay problema; 15 - alcohol y droga (doble adicción); 16 - varias drogas: cuando no esté claro, preguntar al paciente)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. ¿Cuánto tiempo duró su último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal?					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses
16. ¿Cuántos meses hace que terminó esta abstinencia? (00 - si aún está abstinentemente)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. ¿Cuántas veces en su vida ha tenido <i>delirium tremens</i> por alcohol?					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. ¿Cuántas veces en su vida ha sido tratado por?:					
Abuso de alcohol					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abuso de otras drogas					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. ¿Cuántas de éstas fueren sólo desintoxicaciones?					
Por alcohol					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Por otras drogas					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. ¿Cuánto dinero diría que ha gastado usted en los 30 días en?:					
Alcohol					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otras drogas					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado en tratamiento ambulatorio por alcohol u otras drogas?					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado?					
Problemas con el alcohol					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problemas con otras drogas					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Para las preguntas 23 y 24, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.					
23. En los últimos 30 días, cuánto le han preocupado sus?					
Problemas con el alcohol					<input type="checkbox"/>
Problemas con otras drogas					<input type="checkbox"/>
24. ¿Qué importancia tiene para usted recibir tratamiento por su?					
Problemas con el alcohol					<input type="checkbox"/>
Problemas con otras drogas					<input type="checkbox"/>

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (V.G.E.)	VALORACIÓN DE LA VERACIDAD Valorar si la Información anterior está significativamente distorsionada por:
25. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir tratamiento por? Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/>	26. ¿Falsedad por parte del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
	27. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
	PUNTUACIÓN COMPUESTA <input type="checkbox"/>
Comentarios	

Situación legal		
1. ¿El tratamiento ha sido sugerido o impuesto por el sistema judicial? (juez, oficial de juzgado, etc.) <input type="checkbox"/> 0. No 1. Sí	¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de lo siguiente?:	
2. ¿Está usted en libertad condicional o bajo fianza? <input type="checkbox"/> 0. No 1. Sí	16. Desorden público, vagancia, intoxicación pública <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿Cuántas veces en su vida ha estado usted arrestado y acusado por los siguientes delitos?	17. Conducir bajo intoxicación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	18. Violaciones graves de tráfico (imprudencia al conducir, velocidad excesiva, sin carnet, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	19. A lo largo de su vida, ¿cuántos meses ha estado encarcelado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. Hurto o vandalismo <input type="checkbox"/>	20. ¿Cuánto tiempo duró el último encarcelamiento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4. Violación de libertad condicional o bajo fianza <input type="checkbox"/>	21. ¿Cuál fue la causa? (use los códigos 3-14, 16-18. Si hay múltiples acusaciones codifique la más grave) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5. Acusaciones por drogas <input type="checkbox"/>	22. ¿Está en este momento esperando acusación, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
	6. Falsificaciones de documentos <input type="checkbox"/>	23. ¿Por qué? (si hay varias razones ponga la más grave) <input type="checkbox"/>
	7. Tenencia ilícita de armas <input type="checkbox"/>	24. En los últimos 30 días ¿cuántos días ha sido detenido o encarcelado? <input type="checkbox"/>
	8. Robo de viviendas/Robo con violencia <input type="checkbox"/>	25. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en actividades ilegales para provecho propio? <input type="checkbox"/>
	9. Atraco <input type="checkbox"/>	Para las preguntas 26 y 27, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente
	10. Asalto <input type="checkbox"/>	26. ¿Cuánto le preocupan sus actuales problemas legales? (excluya sus problemas familiares o de empleo) <input type="checkbox"/>
	11. Incendio provocado <input type="checkbox"/>	27. ¿Qué importancia tiene ahora para usted ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas legales? <input type="checkbox"/>
	12. Violación <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (VGE)
	13. Homicidio/Homicidio sin premeditación <input type="checkbox"/>	28. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir asesoramiento o consejo sobre sus problemas legales? <input type="checkbox"/>
	14 A. Prostitución <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN DE LA VERACIDAD Valorar si la Información anterior está significativamente distorsionada por:
14 B. Desacato a la autoridad <input type="checkbox"/>	29. ¿Falsedad por parte del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	
14 C. Otros <input type="checkbox"/>	30. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	
15. ¿Cuántas de estas acusaciones acabaron en condena? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PUNTUACIÓN COMPUESTA <input type="checkbox"/>	
Comentarios		

Relaciones familiares/sociales

<p>HISTORIA FAMILIAR ¿Ha tenido alguno de sus parientes lo que usted llamaría un problema serio por beber, consumir drogas o un trastorno psíquico, que lo hubiera debido llevar a tratamiento?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <th colspan="3">Familia nuclear</th> <td></td> <th colspan="3">Parte materna</th> <th colspan="3">Parte paterna</th> </tr> <tr> <td></td> <th>Alc</th> <th>Dro</th> <th>Psic</th> <td></td> <th>Alc</th> <th>Dro</th> <th>Psic</th> <th>Alc</th> <th>Dro</th> <th>Psic</th> </tr> <tr> <td>Madre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Padre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hermano 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hermano 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hermano 3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hermano 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abuela</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abuelo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tía</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tío</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><small>Instrucciones: Ponga un '0' cuando la respuesta es claramente NO para todos los parientes en cada categoría. Ponga un '1' cuando la respuesta es claramente SÍ para cualquier pariente de la categoría. Pondrá una 'X' cuando la respuesta sea incierta o desconocida y una 'N' cuando no hubo nunca un pariente en dicha categoría. Codifique el pariente más problemático en el caso de haber varios miembros por categoría.</small></p>		Familia nuclear				Parte materna			Parte paterna				Alc	Dro	Psic		Alc	Dro	Psic	Alc	Dro	Psic	Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hermano 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hermano 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<p>Instrucciones para los ítems 9A-18: Ponga un '0' cuando la respuesta sea claramente NO, para todos los parientes en la categoría; un '1' cuando la respuesta sea claramente SÍ para cualquier pariente dentro de la categoría; 'X' cuando la respuesta es desconocida o incierta y 'N' cuando nunca hubo un pariente en esta categoría.</p> <p>9a. Diría usted que tiene una relación estrecha y duradera con alguna de las siguientes personas en su vida.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Madre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Padre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hermanos/hermanas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pareja sexual/esposa/esposo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hijos/hijas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Amigos/amigas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Ha tenido períodos importantes en los que haya experimentado problemas serios con:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">0. No</th> <th style="text-align: center;">1. Sí</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Últimos 30 días</th> <th style="text-align: center;">En su vida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10. Madre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. Padre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>12. Hermanos/hermanas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>13. Pareja sexual/esposo/a</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>14. Hijos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. Otros familiares cercanos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. Amigos íntimos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. Vecinos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>18. Compañeros de trabajo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Madre	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>	Pareja sexual/esposa/esposo	<input type="checkbox"/>	Hijos/hijas	<input type="checkbox"/>	Amigos/amigas	<input type="checkbox"/>		0. No	1. Sí		Últimos 30 días	En su vida	10. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Pareja sexual/esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otros familiares cercanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Amigos íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Familia nuclear				Parte materna			Parte paterna																																																																																																																																																																										
	Alc	Dro	Psic		Alc	Dro	Psic	Alc	Dro	Psic																																																																																																																																																																								
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Hermano 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Hermano 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																								
Madre	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Padre	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Pareja sexual/esposa/esposo	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Hijos/hijas	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Amigos/amigas	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
	0. No	1. Sí																																																																																																																																																																																
	Últimos 30 días	En su vida																																																																																																																																																																																
10. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
11. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
12. Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
13. Pareja sexual/esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
14. Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
15. Otros familiares cercanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
16. Amigos íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
17. Vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
18. Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
<p>1. Estado civil: <input type="checkbox"/></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Casado o pareja</td> <td style="width: 50%;">4. Separado</td> </tr> <tr> <td>2. Casado en segundas nupcias</td> <td>5. Divorciado</td> </tr> <tr> <td>3. Viudo</td> <td>6. Soltero</td> </tr> </table> <p>2. ¿Cuánto tiempo lleva en este estado civil? (si nunca se ha casado, cuente a partir de los 18 años) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Meses</p> <p>3. ¿Está satisfecho con esta situación? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Indiferente 2. Sí</p> <p>4. ¿En los últimos tres años, en qué situación ha vivido más tiempo? <input type="checkbox"/></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Con pareja sexual e hijos</td> <td style="width: 50%;">6. Con los amigos</td> </tr> <tr> <td>2. Con pareja sexual sin hijos</td> <td>7. Solo/a</td> </tr> <tr> <td>3. Con hijos solo</td> <td>8. En ambiente institucional controlado (cárcel, C.T.)</td> </tr> <tr> <td>4. Con los padres</td> <td>9. Ninguna situación estable</td> </tr> <tr> <td>5. Con la familia de origen</td> <td></td> </tr> </table> <p>5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta situación? (si es con los padres o su familia cuente a partir de los 18 años) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Meses</p> <p>6. ¿Está usted satisfecho con esta situación en la que está viviendo? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Indiferente 2. Sí</p> <p>¿Vive con alguien que <input type="checkbox"/></p> <p>6.a. Tenga problemas con el alcohol? <input type="checkbox"/></p> <p>6.b. Consuma drogas no prescritas? <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Familia 2. Amigo/s 3. Solo</p> <p>8. ¿Está satisfecho de cómo emplea el tiempo libre? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Indiferente 2. Sí</p> <p>9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene usted? <input type="checkbox"/></p>	1. Casado o pareja	4. Separado	2. Casado en segundas nupcias	5. Divorciado	3. Viudo	6. Soltero	1. Con pareja sexual e hijos	6. Con los amigos	2. Con pareja sexual sin hijos	7. Solo/a	3. Con hijos solo	8. En ambiente institucional controlado (cárcel, C.T.)	4. Con los padres	9. Ninguna situación estable	5. Con la familia de origen		<p>¿Algunas de estas personas (10-18) abusaron de usted? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>18.a. Emocionalmente (hacerlo sentir mal a través de insultos o malas palabras) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>18.b. Físicamente (causarle daño físico) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>18.c. Sexualmente (forzarle sexualmente) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>19. Cuántos días de los últimos 30 días ha tenido conflictos graves:</p> <p>A) Con su familia <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>B) Con otras personas (excluyendo familia) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Para las preguntas 20-23, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente</p> <p>En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado o sentido molesto por?:</p> <p>20. Problemas familiares <input type="checkbox"/></p> <p>21. Problemas sociales <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir consejo o asesoramiento sobre?:</p> <p>22. Problemas familiares <input type="checkbox"/></p> <p>23. Problemas sociales <input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																																																	
1. Casado o pareja	4. Separado																																																																																																																																																																																	
2. Casado en segundas nupcias	5. Divorciado																																																																																																																																																																																	
3. Viudo	6. Soltero																																																																																																																																																																																	
1. Con pareja sexual e hijos	6. Con los amigos																																																																																																																																																																																	
2. Con pareja sexual sin hijos	7. Solo/a																																																																																																																																																																																	
3. Con hijos solo	8. En ambiente institucional controlado (cárcel, C.T.)																																																																																																																																																																																	
4. Con los padres	9. Ninguna situación estable																																																																																																																																																																																	
5. Con la familia de origen																																																																																																																																																																																		

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (VGE)	VALORACIÓN DE LA VERACIDAD Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:
24. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir asesoramiento o consejo sobre los problemas sociales o familiares?	26. ¿Falsedad por parte del paciente? 0. No 1. Sí
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? 0. No 1. Sí
	<input type="checkbox"/>
	PUNTUACIÓN COMPUESTA
	<input type="checkbox"/>
Comentarios	

Estado psicopatológico	
1. ¿Cuántas veces ha sido tratado por problemas psicológicos o emocionales? Como paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Como paciente ambulatorio o consulta particular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. ¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir tratamiento por estos problemas psicológicos? <input type="checkbox"/>
2. ¿Recibe usted alguna pensión por incapacidad psiquiátrica? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>	Los siguientes ítems deben ser completados por el entrevistador
¿Ha tenido algún período importante (que no fuera resultado directo del uso de drogas o de alcohol) en el que haya?: 0. No 1. Sí	En el momento de la entrevista el paciente está:
3. Experimentado una depresión importante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Obviamente deprimido/inhibido <input type="checkbox"/>
4. Experimentado ansiedad o tensión importantes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. Obviamente hostil <input type="checkbox"/>
5. Experimentado alucinaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. Obviamente ansioso/nervioso <input type="checkbox"/>
6. Experimentado problemas de comprensión, concentración o memoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17. Con problemas de contacto con la realidad, trastornos del pensamiento o ideas paranoides <input type="checkbox"/>
7. Experimentado problemas para controlar conductas violentas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18. Teniendo problemas para comprender, concentrarse o recordar <input type="checkbox"/>
8. Experimentado problemas serios o ideas en torno al suicidio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19. Teniendo ideas de suicidio <input type="checkbox"/>
9. Intento de suicidio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD POR EL ENTREVISTADOR (VGE)
10. ¿Le ha sido prescrita alguna medicación para algún problema psicológico o emocional? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20. ¿Cómo valoraría la necesidad del paciente de recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico? <input type="checkbox"/>
11. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado estos problemas psicológicos o emocionales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VALORACIÓN DE LA VERACIDAD Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:
Para las preguntas 12 y 13, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente	10. ¿Falsedad por parte del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
12. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado o molestado estos problemas psicológicos o emocionales? <input type="checkbox"/>	11. ¿Incapacidad del paciente para comprender? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/>
	PUNTUACIÓN COMPUESTA
	<input type="checkbox"/>
Comentarios	

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> 1 Excelente	<input type="checkbox"/> 2 Muy buena	<input type="checkbox"/> 3 Buena	<input type="checkbox"/> 4 Regular	<input type="checkbox"/> 5 Mala
---	---	-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 1	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 2	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> 3	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 4	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	---	--

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro</u> o más.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer</u> algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d MI salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas

6.- Referencia Bibliográfica.

1. Gualberto B, Jiménez B, Gómez C. Evaluación de la calidad de vida. *Psicología clínica y de la salud*. 1996; 10(4): 1045-1070.
2. Piedrola G. *Medicina preventiva y salud pública*. 3era edición. Madrid, 1991. 103-107p.
3. García M, Ridaño D. Calidad de vida aproximación histórica conceptual. *Boletín de psicología*. 2000; 30(2): 55-94.
4. Urzúa A, Caqueo A. calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 61-71.
5. Blanco B, Montero A. Calidad de vida; supuestos psicosociales. *Psicología social aplicada*. 1990; 20(3): 80-93.
6. Fayers P, Machin D. *Quality of life assessment*. 3era edición. Vancouver. 1996. 107-200p.
7. Cardona D, Byron H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista facultad nacional de salud pública*. 2005; 23(1): 1-12.
8. Bobes J, Gonzalez P, Bausuño M. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Monografías de psiquiatría*. 1993; 5(6): 1-10.
9. Smith A, Williams A. *Researching Quality of life of older people*. 4ta edición. Massachusett. 2000. 358-360p.
10. Lawton M, Moss M, Fulcomer M. A rearch and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of gerontology*. 2012; 37(1): 41-94.
11. Shin D, Jonson A. Avowed happiness an overall assessment of quality of life. *Research of social indication*. 2010; 5(1): 475-492.
12. Allardat E. *Tener, amar, ser: una alternativa al modelo de investigación sobre el bienestar*. 2do edición. Fondo de cultura económica. 1998. 56-76p.
13. Borth M, Duffy S. Quality of life and quality of care un mental retardation. *Ment Reard*. 1992; 44(6): 438-450.
14. Hollan F, Worth J. Evaluation the impact of medical tratment on the quality of life. *Social Science an Medicine*. 2010; 26(1): 925-934.
15. OMS. Programa de envejecimiento, ciclo vital, envejecimiento activo: un marco político. *Revista de geriatría*. 2002; 37(52): 74-105.

16. Sen A. La salud en el desarrollo. World Health Organization. 1999; 77(8): 619,623.
17. Fernández G, Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris. 2005; 3(5): 117-135.
18. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública de México. 2002; 44(4): 349-361.
19. Velarde E, Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud pública de México. 2002; 44(5): 448-463.
20. Iraugi I. Escala de calidad de vida en usuarios de drogas inyectadas (IDUQoL): valoración psicométrica de la versión española. Adicciones. 2008; 20(3): 281-294.
21. Cummins R, Heck R. The comprehensive quality of life scale adult. Manual of psychology. 1997; 3(1): 35-70.
22. Bowling A. Individual quality of life and population studies. Harwood academia publishers. 1999; 2(1): 12-24.
23. Riveros R, Sanchez JJ, Aguila M. Inventario de calidad de vida y salud. 3ed. México. 2009. 1-47p.
24. Iraugi I, Corcuera N. IDUQoL: un instrumento específico de calidad de vida para usuarios de drogas inyectadas. Datos descriptivos y adecuación a una muestra española. Revista española de drogodependencias. 2008; 31(1): 19-37.
25. Lozano O, Rojas A, Pérez C, Apraiz B. Test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. Trastornos adictivos. 2007; 9(2): 97-107.
26. Saiz A, Garcia M, Bascarran M, Begoña M. Instrumentos de evaluación de la dependencia de heroína. Adicciones. 2005; 17(2): 81-94.
27. UNODC (oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito). Informe mundial sobre drogas 2014. Resumen ejecutivo. 2014; 14(1); 1-10.
28. UNODC (oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito). Informe mundial sobre drogas 2012. Resumen ejecutivo. 2012; 14(1); 1-11.

29. Medina Ma, Natera G, Borges G. Del Siglo XX al tercer milenio: las adicciones y la salud pública; drogas, alcohol y sociedad. *Salud mental*. 2001; 24(4): 1-19.
30. Medina-Mora M. Situación actual del consumo de drogas en México. *Adicciones*. 2010; 34(2): 34-54.
31. Ortiz A, Martínez R, Meza D. Grupo interinstitucional para el desarrollo del sistema de reporte de información en drogas. Informe individual sobre consumo de drogas. 2012; 49(2): 22-34.
32. Gutiérrez A, Castillo F. Tendencias de consumo de alguna vez en la vida de drogas en CIJ. Informe de investigación de CIJ. 2010; 10(2): 11-34.
33. Instituto Nacional de psiquiatría, Secretaria de salud. Encuesta nacional de adicciones 2011: reporte de drogas. 1 ed. México.; 2012. 124p.
34. Instituto Nacional de psiquiatría, Secretaria de salud. Encuesta nacional de adicciones 2008: reporte de drogas. 1 ed. México.; 2009. 130p.
35. Amador N, Cavero M. EL consumo de cocaína en adolescentes y su relación con el ambiente familiar, el grupo de pares y la autoestima [tesis]. [México, D.F]: Universidad nacional autónoma de México; 2004: 82p.
36. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría. 10 ed. EUA: Lippincott Williams And Wilkins, 2007. 1472p.
37. Secretaria de Salud. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones. 1ed. México: CONADIC, 2003. 146p.
38. Vallejo R, Leal C. Tratado de psiquiatra, volumen I. 3 ed. Barcelona: Ars Medica; 2005. Capitulo 49, Adicciones a sustancias químicas; p 750-830.
39. Peruga A, Rincón A, Selin A. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*. 2002; 14(2): 227-238.
40. OMS (organización mundial de la salud). CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1ed. España: Panamericana, 2004. 315p.
41. Insulza M. El problema de drogas en las Américas: estudios. Organización de los estados Americanos. 2012; 4(2): 1-84.
42. Pastor P. Imagen social de las bebidas alcohólicas. *Adicciones*. 2002; 14(1): 115-112.

43. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 5ed. EUA: Lippincott Williams And Wilkins, 2010. 512p.
44. Lorenzo P, Lizasoain I. Características farmacológicas de las drogas reactivas (MDMA y otras anfetaminas, ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones. 2003; 15(2): 51-75.
45. Alvarez Y, Farre M. Farmacología de los opioides. Adicciones. 2005; 17(2): 21-40.
46. Fauci A, Kasper D, Longo D, Braunwald E. Harrison principios de medicina interna. 17 ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2009. Capitulo 16, Alcoholismo y farmacopedendencia; p. 2724-2739.
47. Pares A, Caballería J. Patología Orgánica. Adicciones. 2002; 14(1): 155-173.
48. Rocha Y. Incidencia de enfermedades medicas en pacientes con dependencia a sustancias en tratamiento residencial [tesis]. [México D.F]: Centro de integración juvenil; 2011. 61 p.
49. Casas M, Guardia J. Patologia psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones. 2002; 14(1): 195-219.
50. Terry D, Rees D. Oral Effects of drug abuse. Critical Reviews in oral biology and medicine. 1992; 3(3): 163.184.
51. Carrie E, Anderson M, Glenn A. Recognition and prevention of inhalant abuse. American Family physician, 2003; 68(5): 869-874.
52. Miranda J, Gonzalez G, Saiz P, Cienfuegos E. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prologado con metadona. Adicciones. 1999; 11(1): 43-52.
53. Martinez J, Graña J, Trujillo H. Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes de alcohol: variaciones en función de los trastornos de personalidad. Adicciones. 2011; 23(3): 227-235.
54. Tirado A, Alvarez M, Velasquez J, Lugo L. Calidad de vida en pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependientes de Medellín, colombia. Invest Educ enferm. 2012; 30(1): 35-43.

55. Rayo A, Pardo J, Gantiva C. Consumo de sustancias psicoactivas de tipo legal e ilegal, y calidad de vida en adolescentes [tesis]. [Colombia]: Universidad de la Sabana; 2012. 77 p.
56. Panadero S, Muñoz M. Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de psicología*. 2014; 30(1): 70-77.
57. Grau A, Font S, Gras M. Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco. *Intervencion psicosocial*. 2007; 7(1): 79-92.
58. Yataco A. Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcoholicos atendidos en los consultorios externos de farmacopedencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen [tesis]. [Lima, Perú]: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2008. 130 p.
59. Baca E, García S. Calidad de vida en adictos a la heroína: un estudio comparativo. *Revista Psiquiatría*. 1997; 3(4): 1-10.