

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”



**Frecuencia de consumo de sustancias, con o sin
prescripción médica en pacientes geriátricos en el
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

Presenta la tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

Emma Elizabeth Zapata Mendoza

Dra. Xóchitl Martínez
Bustamante
Asesor Teórico

Dr. Félix Ambrosio Gallardo
Asesor Metodológico

Ciudad de México, a 15 de junio de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

*A mi padre, a quien le hubiera llenado de orgullo
verme convertida en psiquiatra.*

*A mi madre que me ha dado todo con
su amor incondicional.*

ÍNDICE

Agradecimientos

Lista de cuadros, gráficas y abreviaturas

Resumen

Marco teorico	1
El consumo de sustancias de los adultos mayores en el mundo.	1
El consumo de sustancias en adultos mayores en México	2
Consumo de sustancias en pacientes geriátricos como problema de salud pública.	3
Efectos de la polifarmacia y los medicamentos de prescripción	5
Consumo de sustancias en pacientes geriátricos	7
Material y método	9
Justificación	9
Planteamiento del problema.	11
Pregunta de investigación	11
Objetivos	12
General:	12
Específicos:	12
Hipótesis	12
Variables	13
Muestra	14
Criterios de selección	14
Inclusión:	14
Exclusión	14
De eliminación	15
Tipo de estudio	15
Instrumento: ASSIST la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).	16
Procedimiento	19
Consideraciones éticas	20
Resultados	22
Conclusiones.	33
Referencias bibliograficas	35
Anexos	37
Consentimiento informado	37
Carta solicitud	38
Apéndice A	39
Apéndice B	45
Hoja de registro de datos de pacientes con consumo de sustancias.	45

LISTA DE CUADROS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

- *Abreviaturas*

1- BZD: Benzodicepinas.

2- DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.

3- SUD: De las siglas en ingles. Substance use disorder.

4- AUD: De las siglas en inglés. Alcohol use disorder

GRAFICAS

Páginas

- Gráfica 1. Distribución de la muestra por edad.....27
- Gráfica 2. Distribución por sexo.....28
- Gráfica 3. Distribución de la muestra por ocupación.....28
- Gráfica 4. Distribución de la muestra por escolaridad.....29
- Gráfica 5. Frecuencia de consumo de tabaco.....30
- Gráfica 6. Frecuencia del consumo de alcohol en los últimos 3 meses...31
- Grafica 7. Frecuencia del consumo de benzodicepinas.....33
- Gráfica 8. Consumo de sustancias en pacientes geriátricos.34

TABLAS

Páginas

- Tabla 1 Patología psiquiátrica más frecuente en HPFBA.....15
- Tabla 2 Patología médica más frecuente en HPFBA.....16
- Tabla 3. Descripción operacional de las variables.....19
- Tabla 4: Intervención requerida según el instrumento ASSST V3.1.... .35

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El consumo de sustancias en el mundo es un problema de salud pública, que afecta a gran parte de la población mundial. Tiene un impacto significativo en la calidad de vida, en la salud y en la sociedad. Dada su condición de vulnerabilidad que aqueja a la mayoría. Este estudio es importante, ya que en nuestro país no existen cifras claras acerca de la frecuencia del consumo en esta población. Se ha observado en la clínica que a menudo el adulto mayor acude a consulta por diversos motivos que no incluyen el abuso de sustancias, lo que podría contribuir en su infra diagnóstico. El consumo afecta la funcionalidad global del paciente geriátrico. Lo cual merma la posibilidad de integrarse a sus familias y a la sociedad.

OBJETIVO: Este trabajo buscó determinar la frecuencia del consumo de sustancias como alcohol, tabaco, otras drogas y medicamentos usados sin prescripción en pacientes geriátricos del HPFBA. Para posteriormente tener un marco referencial de la frecuencia de las diferentes sustancias y poder ofrecer a pacientes geriátricos un tratamiento integral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se aplicó la escala de ASSIST a una muestra de pacientes del HPFBA para conocer la frecuencia del consumo de sustancias.

RESULTADOS: De los 49 pacientes se obtuvo que 29 pacientes consumieron tabaco (47%), 20 pacientes consumieron alcohol (32%) y 13 (21%) de ellos consumieron benzodiacepinas como tranquilizantes.

CONCLUSIONES: Se encontró que las drogas con o sin prescripción que más se consumen en esta muestra, son el tabaco, el alcohol y las benzodiazepinas, siendo éstas últimas usadas a una mayor edad.

PALABRAS CLAVE: Pacientes geriátricos, frecuencia, consumo de sustancias, escala ASSIST.

MARCO TEORICO

El consumo de sustancias de los adultos mayores en el mundo.

A nivel mundial, los adultos de 65 años o más aumentarán de 516 millones en 2009, a un estimado de 1,53 billones en 2050. Entre las personas de más de 50 años, el 5% de hombres y el 1.4% de mujeres habían consumido alcohol en el pasado. (1)

Los aspectos relacionados con la edad en la que se da la adicción, son cada vez más importantes en el problema de salud pública debido a un número incrementado de las personas afectadas. En la mayoría de los países del mundo desarrollado las personas con una edad cronológica de 65 años de edad o más son considerados como ancianos o están en la jubilación. Durante este siglo, el número de individuos europeos de 65 años, han triplicado y la expectativa de vida se ha duplicado.(2)

Se considera que el consumo es un problema de gente joven, sin embargo no hay límite de edad. Se estima que el número de personas de más de 50 años, en necesidad de tratamiento de la adicción relacionada con sustancias se incrementará en un 300 % en el Estados Unidos de 1,7 millones en 2000/2001 a 4,4 millones en 2020.(2)

El abuso de sustancias lícitas e ilícitas por los ancianos se asocia con una amplia gama de riesgos para la salud, la exclusión social y el aislamiento. El envejecimiento se caracteriza a menudo por problemas relacionados con factores sociales, psicológicos y de salud, que a su vez son factores de riesgo para el abuso de sustancias y dependencia. Los trastornos por uso de sustancias son a menudo ignorados, no reconocidos o mal diagnosticados. La adicción puede confundirse con

depresión o demencia en personas de edad avanzada, lo que explica por qué la prevalencia de la adicción en las personas mayores se subestima. (2)

Las mujeres son diagnosticadas con menos frecuencia con trastornos de adicción y muestran a menudo problemas que se manifiestan en una edad más avanzada que los hombres (60 años o más). En los EE.UU. la prevalencia del abuso de sustancias en las mujeres de edad se estimó en 11 % en estudios de investigación y ha ido en aumento. El sexo femenino, el aislamiento social, depresión y una historia de abuso de sustancias se identificaron como factores de riesgo para el desarrollo del consumo sustancias y trastornos relacionados con el envejecimiento. (2)

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

Aunque se han realizado varios estudios acerca del consumo de sustancias, no se incluye a los adultos mayores. Ni siquiera en las que se busca conocer las repercusiones. La mayoría de estudios en México, incluso la Encuesta Nacional de Adicciones, tienen un mínimo superior de 65 años. Solamente algunas se incluyen en algunas encuestas. Y tomando únicamente prevalencias generales y no se han considerado el resto de las drogas en varios estudios. (3)

La prevalencia del consumo es mayor en hombres a excepción de las drogas sin receta que son más consumidas por mujeres. Hay un ligero aumento en personas de mayores recursos, que tienden a consumir más. Otros factores de riesgo relacionados con el consumo en el género femenino son el aislamiento social, historia de abuso, enfermedad mental, exposición a drogas de prescripción. Las mujeres son más propensas a desarrollar dependencia a las benzodiazepinas. (3)

Los diversos resultados muestran una prevalencia del consumo de alcohol del 36.7%. La prevalencia actual es del 20.5%, ambas cifras reportan cifras menores que la Encuesta Nacional de Adicciones en la población de la Ciudad de México. En nuestro país hay pocos datos sobre la prevalencia del uso, abuso y dependencia en este grupo de edad. (4)

La Organización de Naciones Unidas (ONU) refiere que aproximadamente 230 millones de personas (5% de población adulta mundial), usaron alguna droga no legal mínimo una vez en 2010. En 2008 en México fue de 1.6 lo que pone a nuestro país como uno de los que menos consumen, pero en incremento con cifras más recientes. (5)

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, concluye un aumento en el consumo de drogas, sobre todo de la marihuana, alguna vez en la vida. La cannabis es la de mayor consumo sobre todo en la zona occidental y Norte. Quien ha recibido prevención tiene una prevalencia más pequeña. (5)

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

El abuso del alcohol y tabaco, es un problema de salud que pocas veces se reconoce en el anciano. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado* (DSM-IV-TR), la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siguientes ítems; en algún momento en un periodo continuado de 12 meses:

tolerancia, abstinencia, frecuencia, deseo persistente, empleo de tiempo en la obtención de la sustancia, reducción importante de las actividades sociales y persistencia a pesar de los efectos adversos. (6)

Los estudios epidemiológicos reportan hasta 3% de consumo de alcohol en hombres y 0.46% en mujeres. Mientras que en los comunitarios de los ingresos a urgencias hasta el 10% están relacionados con el consumo de alcohol. Se ha visto un mayor riesgo de abuso de esta sustancia en pacientes de más de 70 años que viven solos. (6)

El consumo de alcohol, afecta aún más el deterioro cognoscitivo y el daño cerebral irreversible. En nuestro país hay poca información acerca del impacto de esta del consumo y abuso de alcohol en el anciano. Es relevante tomar en cuenta que desde los cambios demográficos en nuestro país (el mayor porcentaje es de mujeres ancianas), es habitual el consumo de sustancias; pero muchas ocasiones no se pregunta por parte de los médicos. (6)

Los consumidores mayores de sustancias pueden dividirse en consumidores de iniciación temprana (supervivientes) o consumidores de iniciación tardía (reactivos). Los consumidores de iniciación temprana suelen tener una larga historia de consumo de sustancias que persisten en la vejez. Los consumidores de iniciación tardía suelen empezar a consumir sustancias debido a algún acontecimiento estresante de la vida, como la jubilación, el fracaso matrimonial, el aislamiento social o la pérdida de un ser querido. (7)

En Europa, entre 2002 y 2005, la proporción de pacientes de 40 años o más en tratamiento por problemas con los opiáceos sobre los que se ha informado se ha

duplicado con creces (del 8,6 % al 17,6 %). En los servicios de salud mental, el cannabis es la droga ilícita consumida con más frecuencia. Las personas mayores metabolizan las drogas más lentamente y el cerebro puede hacerse más sensible a los efectos de las drogas con la edad. Esos problemas pueden interactuar con otros procesos y acelerar la progresión o aumentar la gravedad de las alteraciones neurocognitivas asociadas al envejecimiento.(7)

EFFECTOS DE LA POLIFARMACIA Y LOS MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN

La polifarmacia se define como un uso de múltiples medicamentos, pero también significa la administración de más medicamentos de los que se indican clínicamente, es decir un consumo de drogas innecesarias. (8)

Algunas características socioeconómicas tienen un gran impacto en la utilización de drogas psicotrópicas. Las personas con bajos ingresos y que son solteros tienen una probabilidad mayor para la utilización potencialmente inapropiada de medicamentos psicotrópicos. Aumenta la probabilidad de polifarmacia, la polifarmacia excesiva y el uso de medicación potencialmente inadecuada: un nivel educativo menor en los ancianos, un poco más en las mujeres que en los hombres, ser solteros o divorciados. (8)

En 1991, más de un cuarto de los tranquilizantes y un tercio de las benzodiazepinas (BDZ) vendidas para el control de problemas relacionados con dolor, insomnio y ansiedad se prescribieron para adultos mayores, y era más probable que éstos continuaran su uso por un tiempo más prolongado que los individuos más jóvenes. La dependencia a las BDZ en adultos mayores se ha estudiado poco. En su

abordaje clínico es importante considerar la compulsión subjetiva a su uso, el deseo por dejar de consumirlas, el patrón de uso, las evidencias de neuroadaptación y el alivio y la evitación a la abstinencia, así como el significado que tienen para ellos. Se han identificado diversos factores de riesgo asociados al uso inapropiado de BDZ en adultos mayores; entre los más reportados se encuentran: el género femenino, el aislamiento social e historia de abuso de sustancias. (9)

Los adultos mayores con antecedentes de alcoholismo, representan un subgrupo de alto riesgo para el abuso concomitante y dependencia a BDZ. Los pacientes con dependencia a las BDZ mostraron una mayor gravedad de los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad en contraste con los pacientes sin dependencia a las BDZ. Por otro lado, los pacientes con dependencia tuvieron un menor desempeño cognoscitivo y un menor funcionamiento psicosocial global. (9)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 65 al 90% de los pacientes geriátricos consumen más de tres medicamentos en forma simultánea (polifarmacia), el 25% de los adultos entre los 65 años y más presentan reacciones adversas a medicamentos, siendo ésta una de las formas más frecuentes de iatrogenia, lo que repercute en la salud, economía, integración social y calidad de vida en este grupo de edad. (10)

Uno de los grandes problemas de envejecer en México, es que el 69.3% de personas mayores de 65 años, habita en las zonas de menor nivel socioeconómico o con limitaciones en el primer nivel de atención médica; incluso con los programas para su apoyo.

Más de 36% de adultos mayores tiene 3 enfermedades crónicas simultáneas, lo cual dificulta que tomen menos medicamentos por largos periodos de tiempo. (10)

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Estos hechos han contribuido a perpetuar un error pensar que los adultos mayores no usan o abusan de sustancias que alteran el humor. De hecho, la evidencia sugiere que el uso de sustancias entre los adultos mayores ha sido infra identificada por décadas. El envejecimiento de la generación del “baby boom” crea una nueva urgencia para identificar y tratar el consumo de sustancias entre los adultos mayores. Ya que esta generación tuvo un consumo importante por lo cual durante el envejecimiento podrían necesitar atención. Se prevé que las tasas de SUD entre las personas mayores de 50 años aumente de alrededor de 2,8 millones en 2006 a 5,7 millones en 2020. Hay, por lo tanto, un extendido reconocimiento entre ambos especialistas en gerontología y psiquiatría y el cuidado de la salud en general, de la necesidad de obtener más información acerca de la evaluación y las intervenciones relacionadas con el uso de sustancias entre los adultos mayores.(11)

El alcohol sigue siendo la sustancia más comúnmente utilizada entre los adultos mayores. Por lo tanto, la mayor parte de la investigación sobre el uso de sustancias entre el tratamiento y de los adultos mayores se ha centrado en los trastornos por uso de alcohol (AUD).

El consumo de tabaco es bastante frecuente entre los adultos mayores, con alrededor del 14% de los mayores de 65 años.

El consumo de drogas ilícitas es más frecuente entre los adultos mayores estadounidenses que entre los adultos mayores en casi cualquier otro país del mundo. Los resultados de la Encuesta Nacional de 2012, en el Uso de Drogas y Salud revelaron que las tasas del uso de sustancias ilícitas se han duplicado en

promedio (de 1,9% -3,4% a 3,6% -7,2%) entre 50 y 65 años de edad entre 2002 y 2012. El consumo de cannabis por los adultos mayores es considerablemente más frecuente que otras drogas. Entre los adultos de 50 años o más en el año 2012, 4,6 millones reportados en el año anterior uso de la marihuana, y menos de un millón de comunicados de cocaína, inhalantes, alucinógenos, metanfetamina, y / o consumo de heroína en el último año. Estas tasas son consistentes con los reportados por otros estudios. (11)

Los pacientes utilizan las sustancias para hacer frente a las enfermedades y potencialmente facilitarlas, así como un aumento en el uso recreativo. Los adultos mayores toman más medicamentos con receta y de venta libre que los adultos más jóvenes, aumentando el riesgo de interacciones dañinas entre las drogas, uso indebido y abuso. Un Estudio transversal basado en la comunidad de 3005 individuos de 57 a 85 años encontrado que el 37,1% de los hombres y el 36,0% de las mujeres utilizan al menos 5 medicamentos recetados al mismo tiempo. (11)

La fractura de cadera estuvo, sin embargo, asociada con el uso de dos o más benzodiazepinas, como se determina a partir de los cuestionarios de los registros médicos, pero no a partir de muestras de plasma. De los fármacos individuales, solamente el lorazepam estuvo significativamente asociado con un mayor riesgo de fractura de cadera.

En conclusión a excepción de lorazepam, la presencia de benzodiazepinas en el plasma no se asoció con un aumento del riesgo de fractura de cadera. El método utilizado para determinar la exposición podría influir en los resultados de los estudios de casos y controles.(12)

MATERIAL Y MÉTODO

JUSTIFICACIÓN:

Ya que el consumo de sustancias ilícitas u otras como drogas de prescripción y sin ella, es un motivo de cuidado dado su efecto en otras patologías del paciente geriátrico y su pronóstico. Consumir sustancias en los adultos mayores empeora otras comorbilidades, los excluye de la sociedad y los aísla por lo cual es importante conocer qué tan prevalente es el trastorno para poder incidir posteriormente en la población más joven en caso que así se detecte y así en un futuro ofrecer a los pacientes ancianos un tratamiento más integral y una prevención adecuada.

En la tabla 1 se pueden observar las comorbilidades psiquiátricas más comunes en la población geriátrica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez:

Tabla 1. Patología psiquiátrica más frecuente en HPFBA.

NÚMERO	CIE 10	H	M	Total general	
1	F20.0	20	38	58	Esquizofrenia paranoide.
2	F31.2	10	21	31	Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.
3	F33.2	2	14	16	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
4	F20.3	10	5	15	Esquizofrenia indiferenciada.
5	F25.0	4	10	14	Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco

Mientras que en la tabla 2 podemos observar las patologías medicas más comunes asociadas en los pacientes de psicogeriatría.

Tabla 2. Comorbilidad médica más frecuente en HPFBA.

CIE 10	HOMBRES	MUJERES	Total general	Comorbilidd
B35.3	1		1	Tiña del pie
B36.9	1		1	Micosis superficial sin otra especificación
B69.9		1	1	Cistecercosis no especificada
B91		1	1	Secuelas de poliomielitis
C50.9		1	1	Tumor maligno de la mama, parte no especificada
D35.3	1		1	Tumor benigno del conducto craneofaríngeo
D50.9	1		1	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación
D53.9	1		1	Anemia nutricional, no especificada
D59.9	1		1	Anemia hemolítica adquirida, sin otra especificación
D69.6		1	1	Trombocitopenia no especificada

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Mucha gente no da respuesta o miente cuando se le cuestiona sobre el consumo de drogas ilegales. Las cifras del consumo en el país son tan pequeñas que si aumentan o disminuyen se miden en décimas y quedan dentro del margen de error. El 90% de los consumidores tienen también un trastorno mental, que no se incluye en los tratamientos. Recientemente se creó la Clínica de Patología Dual (CLINPAD), en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con la finalidad de tratar a los pacientes que tienen un trastorno del Eje I con abuso de sustancias comórbidas, (pero no de edad avanzada). Es de importancia señalar que el complejo problema de las adicciones en nuestro país y el mundo tiene resultados negativos en varios aspectos de la vida del individuo. (13)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para conocer la magnitud de este problema en población geriátrica atendida en el HPFBA, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la frecuencia del consumo de sustancias en pacientes geriátricos (adultos mayores) hospitalizados o no del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

OBJETIVOS

GENERAL:

- Describir la frecuencia del consumo de sustancias en pacientes geriátricos (adultos mayores) de la consulta externa, urgencias u hospitalizados en el servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

ESPECÍFICOS:

- Determinar la frecuencia de consumo de sustancias que subyacen entre la comorbilidad propia de la edad y la patología psiquiátrica de pacientes geriátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Determinar si los pacientes consumidores han presentado abstinencia con el consumo de sustancias.
- Determinar si los pacientes requieren alguna intervención breve o tratamiento intensivo del consumo de sustancias.

HIPÓTESIS:

- ❖ No se utilizaron hipótesis estadísticas, porque se trata de un estudio descriptivo.

VARIABLES:

A continuación se presentan la descripción de las variables:

Tabla 3. Descripción operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable
Sexo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none">• Hombre• Mujer	Nominal
Edad	Cuantitativa	En años	Discontinua
Escolaridad	Cualitativa	Grado de escolaridad	Nominal
Ocupación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none">• Empleado• Desempleado• Ama de casa• Jubilado.	Nominal
Abstinencia	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none">• Si• No	Nominal
Alcohol	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Cannabis	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Cocaína	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Estimulantes de tipo anfetamina	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Inhalantes	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas)	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Alucinógenos	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Opiáceos	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal
Otras drogas.	Cualitativa	Leve, moderado, grave	Ordinal

MUESTRA:

La muestra se reclutó durante 3 meses a pacientes de 60 años o más que acudieron a los servicios de consulta externa, psicogeriatría y urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Participó la población geriátrica que acudió a los diferentes servicios del hospital, que cumplieron con los siguientes criterios:

INCLUSIÓN:

1. Pacientes de 60 años o más del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

EXCLUSIÓN

1. Que tuvieron alguna limitación física que les impidiera participar como discapacidad visual o auditiva.
2. Que no contaron con familiar responsable.
3. Que tuvieron un deterioro cognitivo importante.

DE ELIMINACIÓN

1. Que no aceptaron participar en el estudio
2. Que no concluyeron con la entrevista
3. Que no desearon que sus datos sean incluidos en el estudio.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Transversal, y Prospectivo.

DISEÑO:

- Se realizó un estudio transversal de nivel descriptivo través de la aplicación de una entrevista estructurada que permitió conocer la frecuencia del consumo de sustancias en pacientes geriátricos del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

INSTRUMENTO: ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). (14)

Fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas.

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un

servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses.

En resumen, ofrece información sobre diferentes aspectos, a saber:

-Pregunta 1 (P1): ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?

-Pregunta 2 (P2): ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?

-Pregunta 3 (P3): ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?

-Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?

-Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?

-Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.

-Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.

-Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.

El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso y puede causar daño, ya sea en el presente o en el futuro, de continuar el consumo.

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas.

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina. Para la mayoría de las personas la prueba de detección se puede completar en un tiempo de entre cinco y diez minutos, lo cual les permite asistir a la consulta general. (14)

PROCEDIMIENTO:

Para la realización del estudio se presentó el protocolo al comité de investigación y ética del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Posteriormente se entregó una carta solicitud al jefe del servicio de Psicogeriatría en el sexto piso del HPFBA. Se estudiaron pacientes de ambos sexos, que se encontraron dentro del rango de edad, ya sea en consulta externa, psicogeriatría, urgencias en un periodo de 6 meses (agosto-diciembre 2016). Previo aviso al jefe de los diferentes servicios de donde se tomó la muestra.

Se realizó una pequeña entrevista de valoración y posteriormente se aplicó la escala ASSIST.

Los pacientes fueron informados sobre el estudio y se les supervisó durante la aplicación de la escala y entrevista. Previamente firmaron un consentimiento informado.

CONSIDERACIONES ETICAS:

La valoración del paciente y la aplicación de la escala se realizaron en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En las zonas designadas para realizar el protocolo. Se le explicó al paciente y a su familiar (en caso de que el paciente así lo solicitó), el carácter confidencial del protocolo, así como en qué consistía la escala y el objetivo general del estudio. Se tomaron unos minutos para responder a cualquier duda. Se le hizo saber que el objetivo del estudio era meramente estadístico por lo cual no se intervino en su manejo ni diagnóstico actual. En caso de que el paciente presentara alguna situación de riesgo durante la aplicación del instrumento se le canalizaría al servicio adecuado. Se le comentó como contactar al aplicador para la obtención de los resultados y se hicieron las sugerencias necesarias respecto a los mismos. Se aclaró al paciente que el estudio no tiene ningún costo. Se les indicó las características de anonimato de los resultados de la prueba. Se les informó acerca del consentimiento informado y se les dio una copia para que la firmara.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación (Diario Federal de la Nación, 1983), este estudio es considerado del tipo:

“II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las

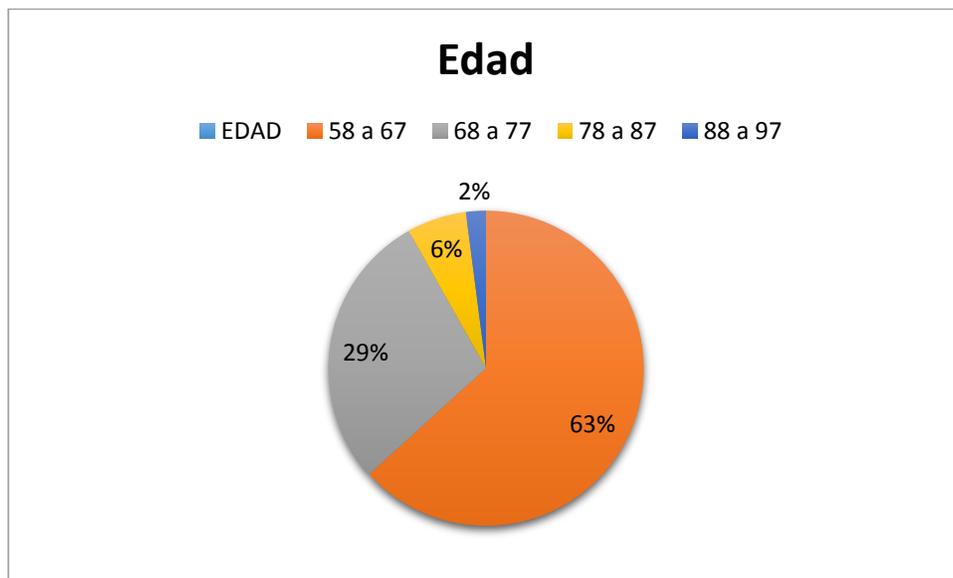
membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación.”(15)

RESULTADOS

Dado que se buscó determinar la frecuencia del consumo de sustancias en una muestra, solo se utilizaron Frecuencias, Razones y Proporciones.

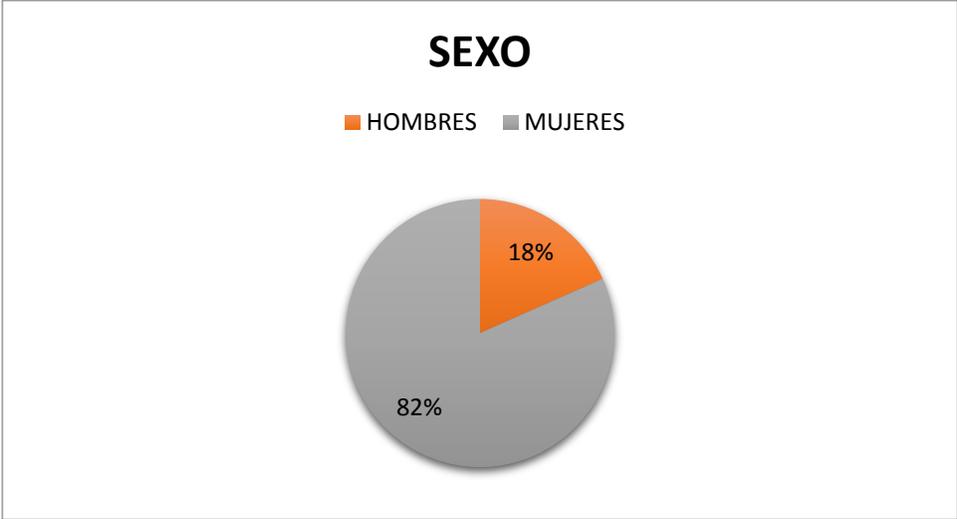
Para la exhibición de resultados se usaron gráficas y tablas con frecuencias y proporciones.

La edad promedio fue de 67 años, con un rango de edad de 58 a 88 años. Siendo el rango de 58 a 67 años, el 63% del total de la muestra obtenida. (Gráfica 1).



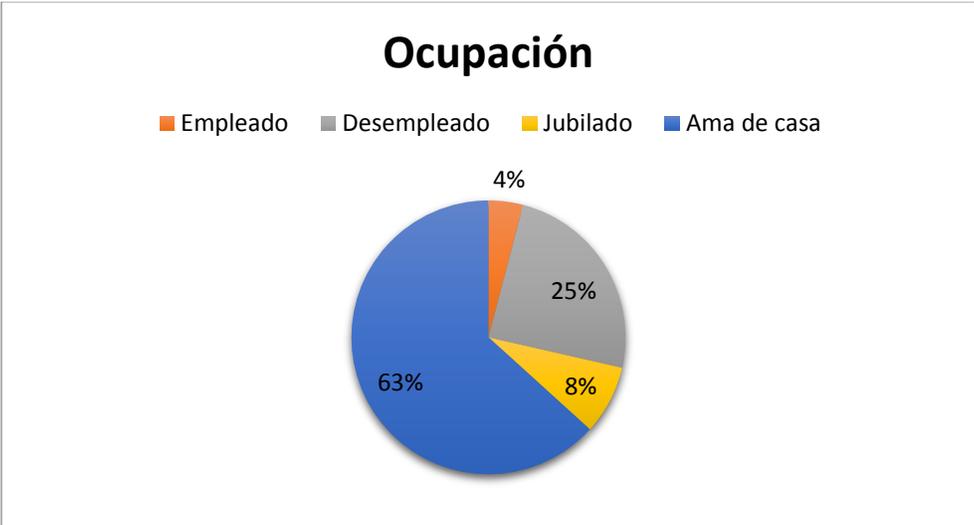
Gráfica 1. Distribución de la muestra por edad

Se encontró una proporción mayor de mujeres 40 (82%) y total de hombre 9 (18%).
(Gráfica 2).



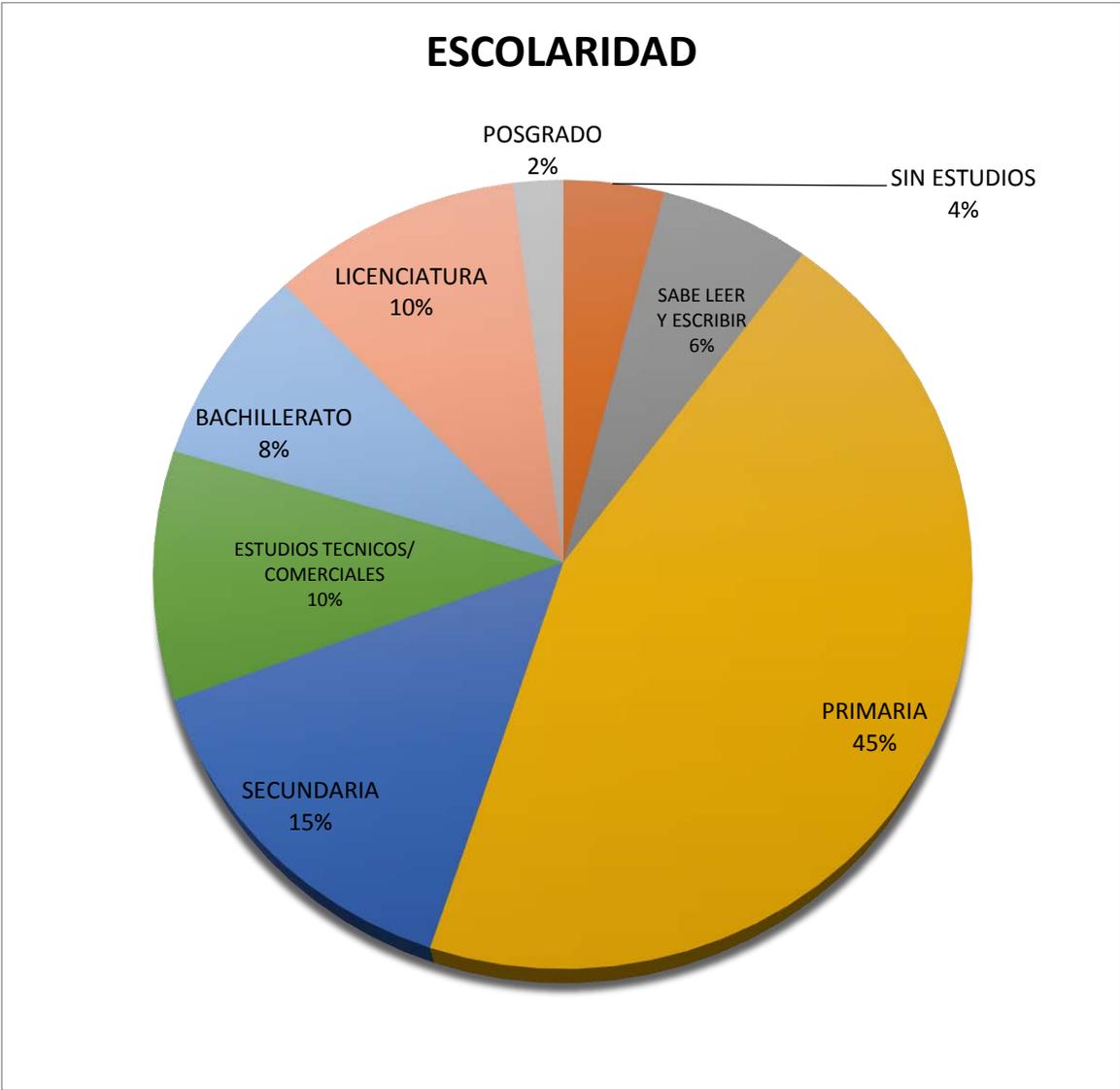
Gráfica 2. Distribución por sexo

En cuanto a la ocupación la mayoría se dedica al hogar 63%, mientras que 4% continua laborando. (Gráfica 3).



Gráfica 3. Distribución de la muestra por ocupación

Con respecto a su escolaridad se encontró que: la mayor parte cursó apenas la primaria (45%) y solo 2 % tuvieron estudios de posgrado como se muestra en la gráfica 4.

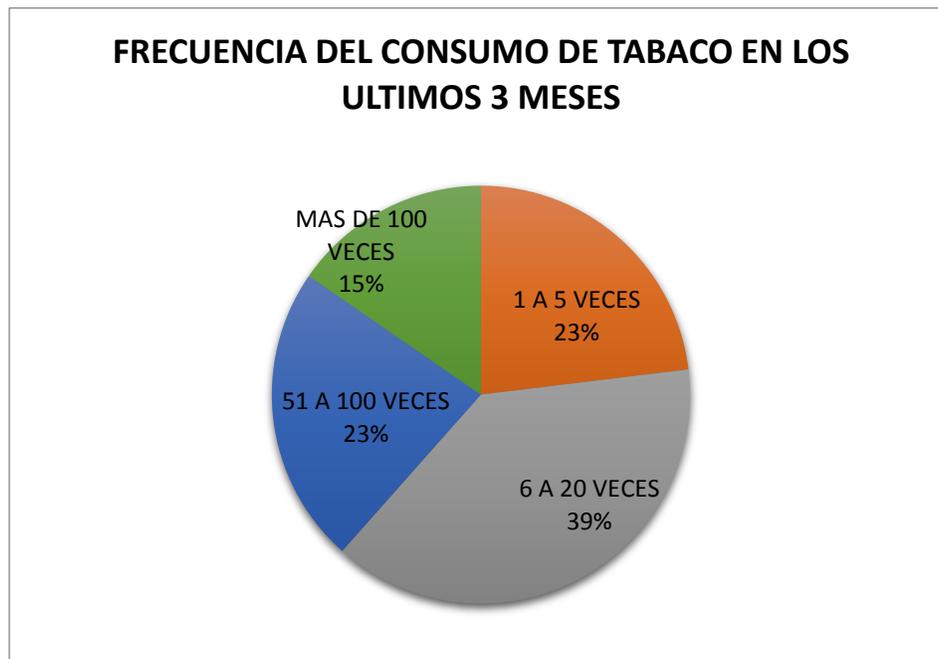


Gráfica 4. Distribución de la muestra por escolaridad

CONSUMO DE TABACO.

Del total de la muestra, solo 28 pacientes consumieron tabaco en algún momento de su vida (57.1%). De los cuales 13 (26.5%) continuaron con el consumo.

En cuanto a la frecuencia de consumo de tabaco se encontró, que en los últimos 3 meses: 3 pacientes (23%) consumieron de 1 a 5 veces, 5 pacientes (39%) de 6 a 20 veces, 3 pacientes (23%) de 51 a 100 veces, y 2 pacientes (15%) más de 100 veces. (Gráfica 5).



Gráfica 5. Frecuencia de consumo de tabaco

En cuanto a presencia de abstinencia se encontró que de los 13 pacientes que tenían consumo de tabaco, hasta la actualidad 6 de ellos (46.2%) presentaron síntomas de abstinencia.

Respecto a la edad más frecuente de inicio del consumo, se encontró que 14 pacientes (48%), iniciaron el consumo entre los 10 y los 20 años de edad.

En cuanto al último uso, 8 pacientes (61.5%) habían consumido el mismo día o anterior a la aplicación del instrumento.

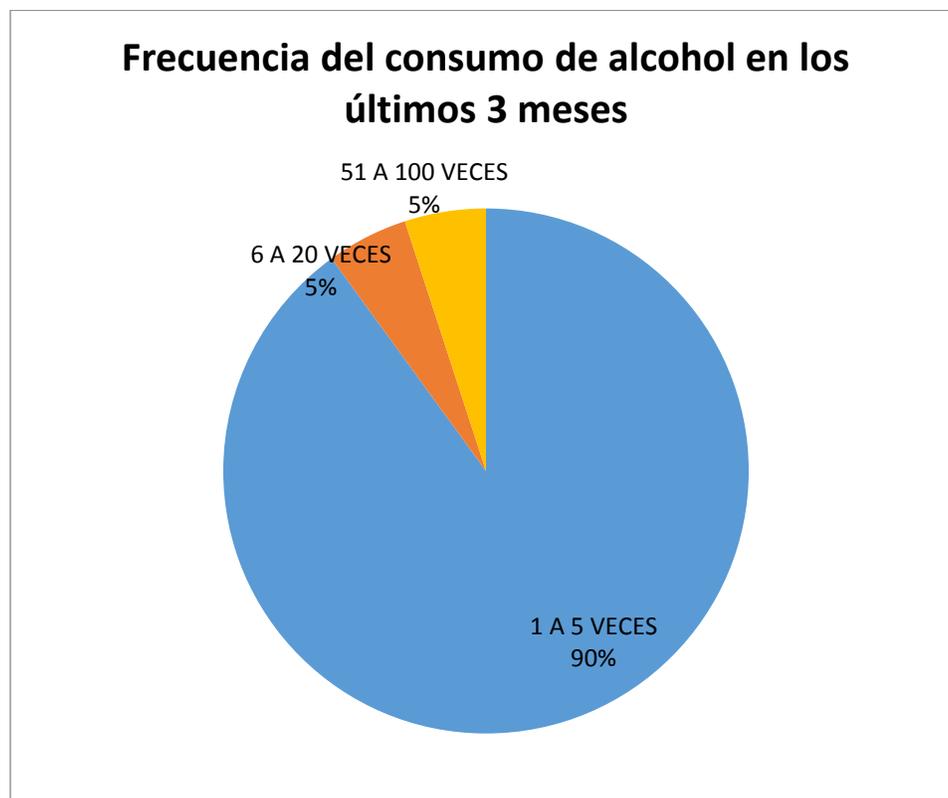
Respecto al número de cigarrillos consumidos se encontró que 6 pacientes consumían 1 cigarrillo por ocasión (46.2%).

CONSUMO DE ALCOHOL.

Del total de la muestra 30 pacientes consumieron alcohol en algún momento de su vida (61.2%). De los cuales 10 (20.4%) continuaron con el consumo.

La edad más frecuente de inicio de consumo de alcohol, fue el rango de los 10 a los 20 años; siendo 17 pacientes (52%) que iniciaron el consumo a esa edad.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol se encontró, que en los últimos 3 meses: 18 pacientes (90.0%) consumieron de 1 a 5 veces, 1 paciente (5.0%) consumió de 6 a 20 veces, 1 paciente (5.0%) de 51 a 100 veces. (Gráfica 6).



Gráfica 6. Frecuencia del consumo de alcohol en los últimos 3 meses.

En cuanto a presencia de abstinencia se encontró que de los 20 pacientes que tenían consumo de alcohol, hasta la actualidad 1 de ellos (5.0 %) presentaron síntomas de abstinencia.

En cuanto al último uso 12 pacientes (60.0%) habían consumido más de 30 días anteriores a la aplicación del instrumento.

Respecto al número de copas consumidas se encontró que 14 pacientes consumían 1 copa por ocasión (70.0 %).

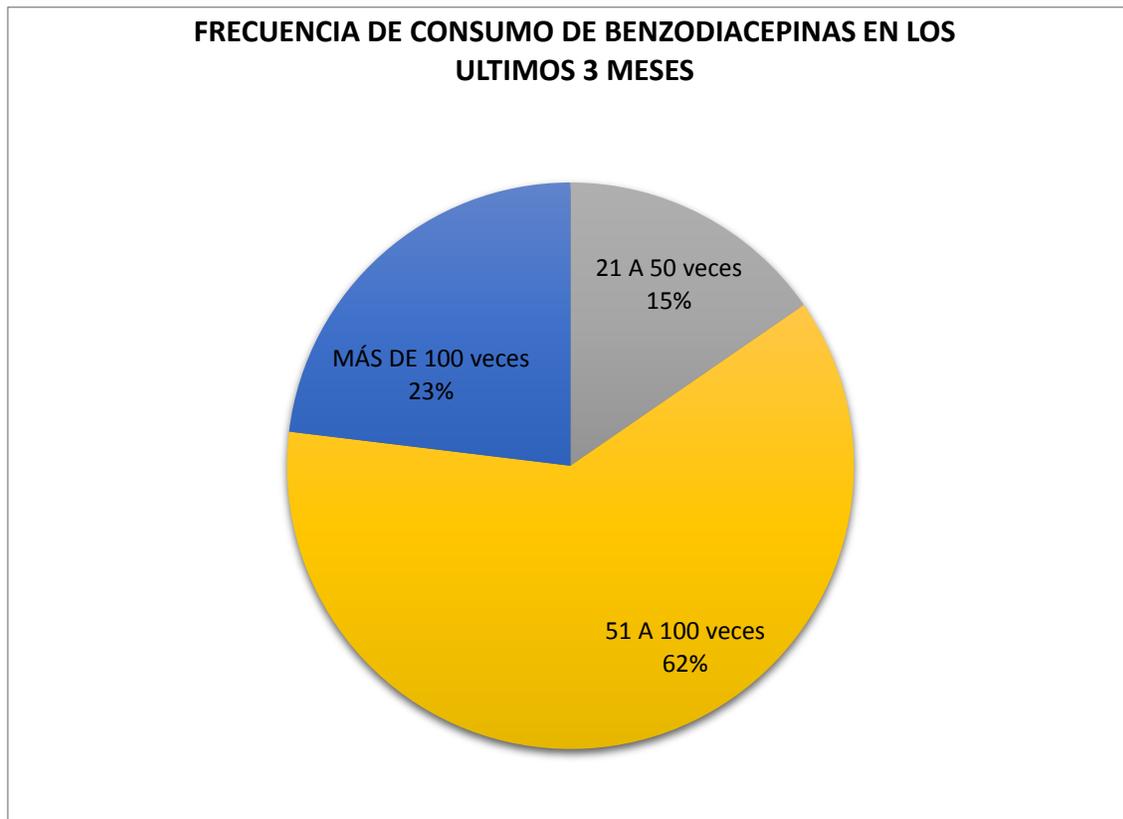
CONSUMO DE BENZODIACEPINAS.

Del total de la muestra 13 pacientes consumieron benzodiazepinas en algún momento de su vida (26.5 %). Los 13 continuaron con el consumo.

La edad más frecuente, de inicio de consumo de benzodiazepinas, fue a partir de los 61 años. Y del total de la muestra fueron 7 pacientes (53%), que iniciaron el consumo a esa edad.

Tranquilizantes

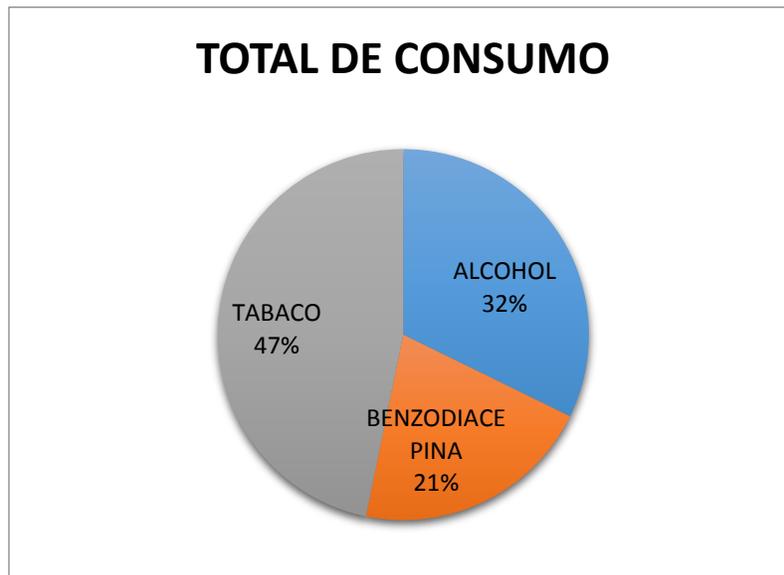
En cuanto a la frecuencia de consumo de benzodiazepinas se encontró, que en los últimos 3 meses: 2 pacientes (15 %) consumieron de 21 a 50 veces, 8 pacientes (62 %) consumió de 51 a 100 veces, 3 pacientes (23 %) más de 100 veces. (Gráfica 7)



Grafica 7. Frecuencia del consumo de benzodiazepinas

En cuanto a presencia de abstinencia se encontró que de los 13 pacientes que tenían consumo de benzodiazepinas, hasta la actualidad 12 de ellos (92.3 %) presentaban síntomas de abstinencia.

De los 49 pacientes se obtuvo que 29 pacientes consumieron tabaco (47%), 20 pacientes consumieron alcohol (32%) y 13 (21%) de ellos consumieron benzodiazepinas como tranquilizantes. (Gráfica 8).



Gráfica 8. Consumo de sustancias en pacientes geriátricos.

En cuanto a las intervenciones requeridas de acuerdo al instrumento ASSIST se encontró que de los pacientes que consumieron alcohol el 23.1% (3 pacientes) no requerían ninguna intervención, el 69.2% (9 pacientes) una intervención breve y 7.7% (1 paciente) un tratamiento intensivo. De los pacientes que consumieron tabaco el 95.0% (19 pacientes) no requerían ninguna intervención, el 5.0% (1 paciente) una intervención breve. De los pacientes que consumieron tranquilizantes el 92.3% (12 pacientes) requerían únicamente una intervención breve y 7.7% (1 paciente) un tratamiento intensivo. (Tabla 4 y 5)

Tabla 4. Puntaje ASSIST V3.1

Tabaco		Alcohol		Tranquilizantes	
Media	DStd	Media	DStd	Media	DStd
13.1	9.5	2.3	3.5	13.8	6.7

Tabla 5. Intervención requerida según el instrumento ASSIST V3.1

Intervención	n	%	n	%	n	%
Sin Intervención	3	23.1%	19	95.0%		
Intervención Breve	9	69.2%	1	5.0%	12	92.3%
Tratamiento Intensivo	1	7.7%			1	7.7%
Total	13	100.0%	20	100.0%	13	100.0%

DISCUSIÓN

La frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco y otras drogas es un problema de salud pública que ha ido en aumento en las últimas décadas, sin importar el género, edad o condición social.

Se encontró que la muestra fue mayormente de mujeres (82%) sin embargo esto se justifica porque las mujeres buscan más atención médica que los hombres.

El propósito del presente estudio fue evaluar la frecuencia de sustancias psicoactivas en pacientes hospitalizados en el servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Según Velez A. y Berumen D.⁽⁴⁾ se refiere una prevalencia del 36.7 %; del consumo de alcohol, comparando con el presente estudio se encontró que la frecuencia es del 32% de los pacientes entrevistados, quienes presentaron consumo de alcohol en algún momento de su vida.

Del total de la muestra de pacientes consumidores de tabaco 13 pacientes continuaron con el consumo, 6 de ellos con datos de abstinencia, siendo la frecuencia de consumo más constante de 6 a 20 veces en el 39% de pacientes. En cuanto a la edad de inicio el rango de edad de 10 a 20 años representó el 48% del total de pacientes con consumo de tabaco.

De los pacientes consumidores de alcohol, 20 continuaron con el consumo, mientras que únicamente uno de ellos presentó datos de abstinencia. La continuidad del consumo fue más frecuente en los últimos 3 meses en el rango 1 a 5 veces (90%); la edad de inicio fue la misma que para el tabaco con un rango de 10 a 20 años el 52% de los pacientes que consumieron alcohol.

De los 13 pacientes que consumían benzodiazepinas, todos continuaron con el consumo. Se encontró que la frecuencia del consumo fue mayor en el rango de 51 a 100 veces con un 62% de pacientes. De estos 92% presentó datos de abstinencia. La edad de inicio del consumo de benzodiazepinas, en promedio fue a los 61 años, en el 53% de los pacientes consumidores de esta sustancia de prescripción.

Según la Encuesta Nacional de adicciones (5), las drogas de preferencia aún continúan siendo la marihuana y la cocaína. Mientras que en este estudio, no se encontró el consumo de esas sustancias. En la encuesta, no se desglosa el alcohol, tranquilizantes ni el tabaco, que en el estudio muestra una frecuencia elevada del consumo de estas sustancias donde el 26.5% de los pacientes continuaban con el consumo de tabaco, 40.8% con el consumo de alcohol y 26.5% con el consumo de tranquilizantes.

Para este estudio se incluyó a los pacientes que consumieron alguna vez en su vida, como parte de las preguntas del instrumento. Y que varios pacientes al momento de la aplicación del instrumento ya no consumían. Para lo cual es importante mencionar que 30.6% de los pacientes que consumían tabaco y 20.4% de los que consumían tabaco ya no consumen. Mientras que el 73.5% de los entrevistados nunca han consumido tranquilizantes, el 38.8% nunca consumieron alcohol y el 42.9% nunca consumió tabaco.

Los pacientes que requieren una intervención breve para manejo del consumo fue mayor en quien consumía tranquilizantes (media de 12 pacientes) y tratamiento

intensivo únicamente 1 pacientes que consume tabaco y 1 paciente con consumo de tranquilizantes. En cuanto al consumo de alcohol el 95% no requirió ninguna intervención (media de 19 pacientes).

Se encontró que hay un consumo frecuente de alcohol y tabaco como drogas legales y como drogas de prescripción las benzodiacepinas.

CONCLUSIONES.

En los resultados presentados en este estudio debe tenerse en cuenta el tamaño de la muestra y que la población al ser psiquiátrica presenta un alto riesgo de consumo de sustancias.

Para futuros estudios sobre pacientes geriátricos que consumen sustancias sería importante obtener una muestra más grande para poder comparar resultados con estudios más amplios, tomando en cuenta además los cambios en la dinámica poblacional en ese grupo de edad. Y a pesar de que la marihuana y la cocaína continúan siendo las drogas de mayor preferencia en estudios realizados en población general, no se encontró ningún paciente que las consumiera en el momento de la aplicación del instrumento.

Se encontró que las drogas con o sin prescripción que más frecuentemente se consumen en esta muestra, son el tabaco, el alcohol y las benzodiacepinas, siendo éstas últimas usadas a una mayor edad.

Durante la aplicación del instrumento se encontró que al preguntar directamente sobre el consumo algunos pacientes respondían que no, pero al estar acompañados

de algún familiar, eran estos los que informaban que el paciente si consumía sustancias. Por lo anterior sería recomendable que el instrumento se aplique siempre en compañía de un familiar o cuidador primario.

Esto puede deberse a el estigma que acompaña el consumo de sustancias, ya que algunos pacientes prefieren omitir esta información. Además no siempre se pregunta de manera intencionada, por lo cual el consumo puede pasar desapercibido.

También se observó que las mujeres niegan u omiten más el consumo que los hombres. Esto puede explicarse debido a la connotación de negativa que acompaña el consumo en mujeres, mientras que en los hombres es una conducta más normalizada y aceptada por la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wu L-T, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2014;43(2):304–17. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/dyt173>
2. Manuscript A, Nanostructures SPC. NIH Public Access. *Nano*. 2008;6(9):2166–71.
3. Borges G, Meléndez M. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Ment* [Internet]. 2014;37(1):15–25. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam141c.pdf>
4. Solís LR, Vélez A, Berumen D. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. = Prevalence of consumption of alcoholic beverages and associated problems in senio. *Salud Ment* [Internet]. 2000;23(3):38–45. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=psyh&AN=2000-05123-004&site=ehost-live&custid=s4121186>
5. Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Moreno M, Oliva N, Bustos M, et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Ment*. 2012;35(6):447–57.
6. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica Mex*. 2007;49(SUPPL. 4):467–74.
7. Odenwald M. Drogas en el punto de mira. 2008;4.
8. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: A review. *Psychiatr Danub*. 2016;28(1):13–24.
9. Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: Dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Ment*. 2009;32(5):405–11.
10. Sánchez-Gutiérrez R, Flores-García A, Pedro Aguiar-García P, Ruiz-Bernés S, Sánchez-Beltran CA, Benítez-Guerrero V, et al. Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Rev Fuente* [Internet]. 2007;4(10):70–5. Available from: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>
11. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance Abuse Among Older Adults. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):629–54.
12. Pierfitte C, Macouillard G, Thicoïpe M, Chaslerie a, Pehourcq F, Aïssou M, et al. Benzodiazepines and hip fractures in elderly people: case-control study. *BMJ*. 2001;322(7288):704–8.

13. Gamboa C. Análisis sobre las principales adicciones en México (alcoholismo, drogadicción y tabaquismo), y sus respectivos programas de prevención” Iniciativas presentadas en la LXI Legislatura, Derecho Comparado y Opiniones Especializadas (Tercera Parte). In 2013. p. 134. Available from: www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-37-13.pdf
 14. OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Oms. 2011. 73 p.
 15. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. publicado en el **Diario oficial de la Federación** de fecha 3 de febrero de 1983, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
-

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Tiene el derecho a negarse o retirarse

Entiendo que recibiré instrucciones para contestar una escala y que esta información será usada únicamente para estadística y he de realizar varias visitas de seguimiento. He sido informado de que no hay riesgos. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____
Fecha _____ Día/mes/año.

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente. Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante Firma del testigo _____
Fecha _____ Día/mes/año.

Firma del Investigador _____ Fecha _____
Día/mes/año Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

(Adaptado del formato que propone la OMS)



Carta solicitud

México Ciudad de México, 29 de junio de 2017

ASUNTO: Solicitar permiso para valoración de pacientes en su servicio y uso del mobiliario del mismo.

Jefa (e) del servicio: _____

Presente:

Con el motivo de poder realizar mi protocolo de estudio titulado Prevalencia de consumo de sustancias, con o sin prescripción médica en pacientes geriátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el servicio correspondiente. Solicito su autorización para la realización del mismo.

Sin más por el momento

Atentamente

Emma Elizabeth Zapata Mendoza
Medico residente de 3er año.

Apendice A

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico	<input type="text"/>	Clinica	<input type="text"/>
Identificación o nombre del usuario	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

Introducción (léasela al usuario o adapte la a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que las recetadas, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Si
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashis, etc.)	No	Si
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Si
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Si
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Si
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Si
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Si
i Opiáceos (heroína, morfina, meladona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Si
j Otras, especifique: _____	No	Si
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.	

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como "filtro" para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

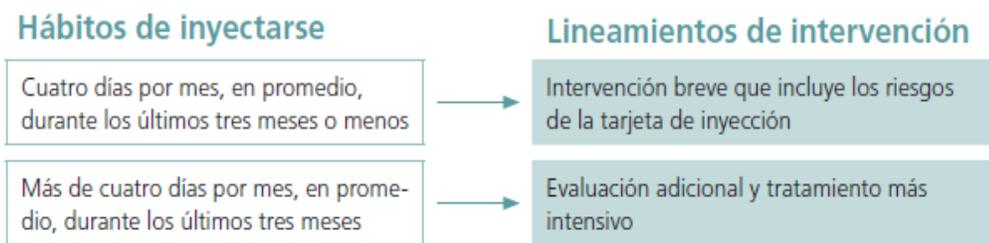
PREGUNTA 7 ¿Ha Intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.



Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas

	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere Intervención	Recibir Intervención breve	Tratamiento más Intensivo
a	Tabaco	0 – 3	4 – 26	27+
b	Alcohol	0 – 10	11 – 26	27+
c	Cannabis	0 – 3	4 – 26	27+
d	Cocaína	0 – 3	4 – 26	27+
e	Estimulantes de tipo anfetamina	0 – 3	4 – 26	27+
f	Inhalantes	0 – 3	4 – 26	27+
g	Sedantes	0 – 3	4 – 26	27+
h	Alucinógenos	0 – 3	4 – 26	27+
i	Opiáceos	0 – 3	4 – 26	27+
j	Otras drogas	0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionar al usuario una intervención breve.

Tabaco Cigarrillos Otras presentaciones (pipa, puro, masticado) Bebidas alcohólicas Cannabis Marihuana Hachis Otras presentaciones	Cocaína En polvo blanco Crack (piedra, roca) Otras presentaciones Inhalables Solventes o removedores Pegamentos Esmaltes o pinturas Gasolinas o combustibles Otros inhalables	Estimulantes Anfetaminas Metanfetaminas (cristal) MDMA (éxtasis) Metanfetaminas (DOB, DMT, Nexus) Anorexigénicos Otros estimulantes (metilfenidato)	Drogas alucinógenas y disociativas LSD Plantas alucinógenas y derivados PCP Otras sustancias alucinógenas o disociativas (ketamina) Depresores Benzodiazepinas Rohypnol Sedantes hipnóticos Otros depresores	Opiáceos Opio Heroína blanca Heroína negra Opiáceos sintéticos Otros (morfina, codeína) Otras sustancias de abuso Con utilidad médica Nitritos (poppers) No clasificadas No especificadas
Frecuencia	Forma de administración	Abstinencia	Ocasión de último consumo	Dosis de último consumo
1. De una a cinco veces 2. De seis a 20 veces 3. De 21 a 50 veces 4. De 51 a 100 veces 5. Más de 100 veces	1. Fumada o inhalada 2. Aspirada 3. Inyectada 4. Ingerida 5. Tópica 6. Aplicada en otras mucosas	1. Sin interrupción 2. De 1 a 3 meses 3. Más de 3 y hasta 6 meses 4. Más de 6 y hasta 9 meses 5. Más de 9 meses	1. Mismo día o anterior 2. De dos a siete días 3. De ocho a 30 días 4. Más de 30 días	Según lo refiera el paciente

Frecuencia de episodios de Abuso en los últimos 30 días

<p>Tabaco (seis o más cigarrillos en un solo día): Ni una vez (), Menos de una vez a la semana (), Una o dos veces a la semana (), Cada tercer día (), Diario ()</p>
<p>Bebidas alcohólicas (hombres: más de cuatro copas en un día/mujeres: más de tres copas en un día): Ni una vez (), Menos de una vez a la semana (), Una o dos veces a la semana (), Cada tercer día (), Diario ()</p>
<p>Drogas ilícitas o con utilidad médica usadas fuera de prescripción (cualquier dosis): Ni una vez (), Menos de una vez a la semana (), Una o dos veces a la semana (), Cada tercer día (), Diario ()</p>

Otros datos:

Problemas o alteraciones detectados o asociados al consumo de sustancias:	
Problemas de salud	<input type="checkbox"/>
Accidentes o lesiones	<input type="checkbox"/>
Problemas familiares	<input type="checkbox"/>
Problemas escolares	<input type="checkbox"/>
Problemas laborales	<input type="checkbox"/>
Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
Problemas legales	<input type="checkbox"/>
Conducta antisocial o delictiva	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Tipo de uso de drogas (solo para usuarios de drogas ilícitas o de uso médico utilizadas fuera de prescripción):

Experimental (), Social u ocasional (), Funcional (), Disfuncional (), En remisión ()

Impresión Diagnóstica Psiquiátrica del consumo de sustancias CIE-10: