



---

---

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**TRASTORNOS MENTALES**  
**Y CONSUMO DE MARIHUANA, EN LA ATENCIÓN**  
**PSICOLÓGICA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y**  
**PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO**

**PRESENTA:**

**Pedro Cordova Mata**

**DIRECTOR (A): Dra. Lydia Barragán Torres**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**

**COMITÉ:**

**Dra. Violeta Félix Romero**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Mtra. Alejandra López Montoya**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Mtro. David Amaya Mora**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Mtra. Marcela Rosas Peña**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**

CD. MX.

**Junio de 2022**



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.

## Índice

<b>Resumen</b>	3
<b>Abstract</b>	5
<b>Introducción</b>	7
<b>Características del Consumo de Marihuana</b>	8
<b>Epidemiología del Consumo de Marihuana</b>	9
<b>Efectos del Consumo de Marihuana</b>	10
<b>Trastornos Mentales</b>	13
<b>Comorbilidad de Trastornos Mentales y Consumo de Marihuana</b>	14
<b>Factores de Riesgo para la Incidencia de Trastornos Mentales</b>	16
<b>Epidemiología de Trastornos Mentales</b>	20
<b>Objetivo General</b>	26
<b>Participantes</b>	26
<b>Definición de Variables</b>	27
<b>Instrumentos</b>	28
<i>Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)</i>	28
<i>Inventario de Depresión de Beck</i>	29
<i>Inventario de Ansiedad de Beck</i>	29
<i>Guía de Clasificación Breve CIE-11</i>	30
<b>Procedimiento</b>	31
<b>Resultados</b>	32
<b>Discusión</b>	36
<b>Referencias Bibliográficas</b>	44
<b>Anexos</b>	50

### Resumen

En México, la marihuana es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor incremento en la incidencia del consumo, pasando de 1.2% en 2011 a 2.1% en 2016 en población de 12 a 65 años. Entre las principales consecuencias asociadas al consumo de marihuana están los trastornos mentales, ya que aproximadamente 22% del total de consumidores presentan algún trastorno; siendo los afectivos y psicóticos los que tienen mayor ocurrencia constituyendo un problema de salud pública.

En el estado de Hidalgo, el total de personas que acudieron a tratamiento a una Institución de Atención Primaria en Adicciones de Cd. Sahagún, en un periodo de enero 2015 a febrero 2021 fue de 1,760; 30.85% por situaciones no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 20.73% por consumo de Alcohol y Tabaco, 3.46% por consumo únicamente de marihuana, 20.45% por poli consumo de marihuana y cocaína, 8.92% por poli consumo de marihuana y metanfetaminas, 2.04% por poli consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas (inhalables, sedantes y opioides), 10.11% por consumo únicamente de cocaína y 3.40% por consumo único de metanfetaminas.

El objetivo de esta investigación fue identificar la incidencia del tipo y frecuencia de trastornos mentales en personas que recibieron atención psicológica por consumo de marihuana en el Estado de Hidalgo. Del total de 61 personas con consumo, se detectaron un total de 42.62% con algún trastorno mental: diagnosticados con el CIE-11, 69.23% presentaron trastornos por consumo de sustancias, 23.07% trastornos afectivos y 7.69% trastornos psicóticos.

Es necesario que los Profesionales de la Salud detecten otros trastornos mentales, como lo son trastornos de ansiedad, depresión, psicóticos entre otros, que también requieren de atención, adicionales a los derivados del consumo de sustancias y se contribuya para impartir una atención integral que fortalezca la recuperación del individuo.

***Palabras Clave:*** Consumo de marihuana, niveles de riesgo, diagnóstico, trastornos mentales.

### **Abstract**

In Mexico, marijuana is the illegal psychoactive substance with the highest increase in the incidence of consumption, going from 1.2% in 2011 to 2.1% in 2016 in the population aged 12 to 65. Among the main consequences associated with marijuana use are mental disorders, since approximately 22% of all consumers have some disorder; being the affective and psychotic the ones that have greater occurrence constituting a public health problem.

In the state of Hidalgo, the total number of people who attended treatment at a Primary Addiction Care Institution in Cd. Sahagún, in a period from January 2015 to February 2021, was 1,760; 30.85% for situations not related to the use of psychoactive substances, 20.73% for alcohol and tobacco use, 3.46% for marijuana use only, 20.45% for poly use of marijuana and cocaine, 8.92% for poly use of marijuana and methamphetamines, 2.04% for poly use of marijuana and other psychoactive substances (inhalants, sedatives and opioids), 10.11% for use of cocaine only and 3.40% for single use of methamphetamines.

The objective of this research was to identify the incidence of the type and frequency of mental disorders in people who received psychological care for marijuana use in the State of Hidalgo. Of the total of 61 people with consumption, a total of 42.62% were detected with some mental disorder: diagnosed with ICD-11, 69.23% presented substance use disorders, 23.07% affective disorders and 7.69% psychotic disorders.

It is necessary for Health Professionals to detect other mental disorders, such as anxiety, depression, psychotic disorders, among others, which also require attention, in addition to those

derived from substance use, and contribute to providing comprehensive care that strengthens the recovery of the individual.

***Key words:*** Marijuana use, risk levels, diagnosis, mental disorders

## **Introducción**

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017), la marihuana es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor incremento en su consumo en México, aumentando el consumo de alguna vez en la vida en hombres de 10.6% a 14% de 2011 a 2016 respectivamente, mientras que en mujeres de 12 a 65 años el incremento fue de 1.6% a 3.7% de 2011 a 2016 respectivamente.

La marihuana se clasifica de acuerdo con sus efectos en el sistema nervioso central como alucinógena, los cuales desencadenan un aumento en la producción y absorción de dopamina, mientras que disminuye los receptores CB1, alteración que modifica la homeostasis entre sistema endocannabinoide y dopaminérgico que en combinación con factores genéticos y ambientales puede desembocar en la aparición de cuadros psicóticos (Abanades, 2006).

Entre los tipos de trastornos mentales que mayormente se asocian al consumo de marihuana están los trastornos psicóticos (procesos de alucinaciones auditivas y visuales) y anímicos (procesos de ansiedad y depresivos) cuya intensidad y frecuencia varía respecto al patrón de consumo (Bravo, 2009; Del Bosque, 2013; Diaz-Silbaja, 2013; Torres, 2012).

El objetivo de esta investigación consiste en identificar la incidencia del tipo y frecuencia de trastornos mentales en personas que tienen consumo de marihuana, para poder brindar una atención integral de los trastornos asociados al consumo.

Los contenidos temáticos en esta investigación son: Características del consumo de marihuana, epidemiología del consumo de marihuana, efectos del consumo de marihuana, trastornos mentales, comorbilidad de trastornos mentales y consumo de marihuana, factores de



riesgo para la incidencia de trastornos mentales, epidemiología de trastornos mentales, método del estudio, referencias bibliográficas y anexos.

### **Características del Consumo de Marihuana**

La marihuana es una herbácea de origen asiático que pertenece a la familia Cannabacea, incluye tres grupos: sativa, índica y ruderalis; la variedad de mayor consumo en el mundo es la sativa; contiene una mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas del cáñamo (Instituto Nacional de Abuso de Drogas [NIDA], 2020).

La marihuana se prepara al tomar las hojas del cannabis, el efecto que produce depende de las condiciones de su cultivo, la genética de la planta, la cantidad de THC y la parte que se utiliza para su preparación. Las formas de consumo van desde fumada de manera individual, en combinación con tabaco, en una pipa de agua o bong y mediante vaporizador (OMS, 2018).

La planta contiene una sustancia química que altera el funcionamiento del sistema nervioso central llamada delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) y otros compuestos relacionados a ésta. (NIDA, 2020).

Cuando el consumo de marihuana se realiza sin ningún preparado previo, el concentrado de THC resulta alrededor del 5% en promedio, mientras que en el hachís (concentrado de resina de la planta de marihuana) cuenta con una concentración de THC de alrededor de 10% a 20%, actualmente con las modificaciones en su cultivo se han logrado concentraciones desde 19% hasta 30% (Del Bosque, 2013).

Así como la concentración de THC en la marihuana ha aumentado también lo a echo su consumo en diferentes grupos poblacionales (ENCODAT, 2017), datos que se revisarán en el siguiente apartado, indagando la epidemiología de su consumo.

### **Epidemiología del Consumo de Marihuana**

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], 2017) se observó un incremento en el consumo de alguna vez en la vida en población de 12 a 65 años de 6% a 8.6% de 2011 a 2016 respectivamente (de 10.6% a 14% en hombres y de 1.6% a 3.7% en mujeres) y la prevalencia en el consumo de marihuana durante el último año pasó de 1.2% a 2.1% (de 2.2% a 3.5% en hombres y de 0.3% a 0.9% en mujeres), en población adolescente de 12 a 17 años el consumo de marihuana alguna vez en la vida es de 5.3%, mientras que el consumo en el último años es de 2.6%. En Instituciones dedicadas al tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas reconocidas por la autoridad sanitaria del área metropolitana de la Ciudad de México y sus alrededores, se detectó que el consumo de marihuana es la principal causa de tratamiento, con una incidencia del 83.8% del total de personas atendidas por consumo de sustancias psicoactivas (Sistema de Reporte de Información de Drogas [SRID], 2022).

En la incidencia de ingreso a tratamiento por parte de instituciones gubernamentales (Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), Centros de Integración Juvenil (CIJ) y centros no gubernamentales por consumo de sustancias psicoactivas, se detectó que el consumo de marihuana se sitúa en tercer lugar con un 16.1% del total de personas atendías, posterior al de

solicitudes del servicio de atención por consumo de ETA (Estimulantes tipo anfetaminas) con un 30.9% y alcohol con un 24.5% (Comisión Nacional Contra Las Adicciones [CONADIC], 2021)

A nivel Nacional, el consumo de marihuana resulta el de mayor incidencia en comparación con la prevalencia de consumo de otras sustancias psicoactivas (INPRFM,2017). En el Estado de Hidalgo la frecuencia del consumo por parte de Instituciones Gubernamentales muestra un resultado similar, como lo reportan los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2019) en los que se refiere que las sustancias psicoactivas ilícitas de mayor consumo entre las personas atendidas de primer ingreso a tratamiento son: marihuana (89%), cocaína (48.4%) y metanfetaminas (40%).

El tratamiento de sustancias psicoactivas que se reporta por Instituciones no Gubernamentales en el Estado de Hidalgo refiere al consumo de marihuana como motivo de ingreso a tratamiento, en segundo lugar, con un 18.20%, por debajo del alcohol con un 46.50% (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], 2018).

En los contenidos que se muestran a continuación se incluyen los efectos derivados del consumo de marihuana que permiten comprender las alteraciones en diferentes áreas del funcionamiento del individuo.

### **Efectos del Consumo de Marihuana**

Los efectos del consumo de marihuana incluyen alteraciones en el área física, cognitiva, motivacionales y ocurrencia de trastornos mentales (OMS 2016).

Los cambios que genera el consumo de marihuana en el sistema nervioso central se deben al impacto de los Cannabinoides; éstos son compuestos químicos que actúan en sus receptores a nivel neuronal; los cuales se encuentran en mayor medida en el encéfalo y en menor cantidad en órganos periféricos.

Los cannabinoides se originan en tres fuentes principales; fitocannabinoides, los cuales se derivan de la planta de la marihuana; endocannabinoides, los cuales se producen en las membranas de las neuronas postsinápticas y los cannabinoides sintéticos, elaborados mediante un proceso de laboratorio, algunos ejemplos; el K2, Spice y Black Mamba entre otros (OMS, 2018).

El consumo de marihuana activa receptores endocannabinoides en el Sistema Neurológico Central, en especial los receptores CB1 y CB2. El receptor CB1 se encuentra en gran cantidad en las áreas del Cerebro de la Substantia Nigra área encargada de la gratificación, procesos adictivos y función motora dopaminérgica; en el área del Cerebelo, encargado de la coordinación y el control motor y el Núcleo caudado, encargado del aprendizaje, sistema de memoria y el control motor (Sustaeta, 2010).

En menores cantidades se encuentra en áreas de la Corteza Cerebral, encargadas de los procesos de toma de decisiones, cognición y conducta emocional; situándose en el área del Putamen, la cual se encarga del movimiento y el aprendizaje; en la Amígdala, encargada de la ansiedad, estrés, miedo y dolor; en el Hipocampo, encargado de la memoria y aprendizaje y en baja densidad se encuentra en el Hipotálamo, el área encargada del control neuroendocrino, apetito y la temperatura corporal (Torres, 2012).

Los receptores CB2 se encuentran en las áreas encargadas de la inmunología (proceso biológico encargado de responder ante amenazas de algún agente externo que pueda dañar al cuerpo) y la producción de citoquinas (proteínas encargadas del crecimiento y producción de células inmunitarias) (Torres, 2012).

El efecto del consumo de la marihuana se experimenta al pasar unos minutos de su consumo, el cual llega a su pico de efectos alrededor de los 30 minutos, teniendo una duración promedio en el organismo de dos a tres horas; el THC alcanza su mayor potencial en los primeros 10 minutos y baja de manera gradual hasta el 60% a los 15 minutos y hasta un 20% a los 30 minutos (Rivera-Olmos, 2016).

Las características de las alteraciones debidas al consumo de marihuana dependen de la frecuencia y cantidad con la que se ingiere, que incluyen, deterioro cognitivo sutil, que afecta la atención, memoria y la organización e integración de información compleja (Sustaeta, 2010).

El consumo de marihuana afecta el funcionamiento del sistema nervioso central al atravesar la membrana hematoencefálica, por lo que provoca alteraciones en el funcionamiento neurológico de la cognición, dependiendo de las características en el patrón de consumo. En este sentido, se ha demostrado que el uso de cannabis afecta funciones cognitivas referentes al aprendizaje, provoca una disminución de la atención, la concentración e impacta el razonamiento abstracto y la memoria episódica (Fernández, 2011; OMS, 2016; Torres, 2012; Velasco, 2017).

En un estudio de caso-control con sujetos con y sin consumo de marihuana; con el objetivo de medir el impacto del consumo en la memoria a corto plazo, se encontró asociación entre su

consumo cotidiano y disminución en la capacidad de retención de la memoria a corto plazo (Torres, 2012).

En otro estudio comparativo de un total de 64 participantes, en el que 32 personas consumían marihuana y 32 no la consumían, teniendo como objetivo medir los efectos en la toma de decisiones por el consumo mediante la prueba de Juego de azar de Iowa. En sus resultados se detectó que las personas que consumen dan más importancia a situaciones o experiencias que implican gratificación inmediata, ignorando las posibles consecuencias adversas que sus decisiones pueden tener (Vélez, et al., 2010).

En relación con las consecuencias sociales asociados al consumo de marihuana, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), 2015, propone la división en dos apartados, micro-sociales, como son; pérdida de relaciones significativas interpersonales (amigos, familiares), bajo rendimiento escolar y problemas legales, debido a la constante búsqueda del consumo de diversas maneras y el aislarse para realizarlo; macro-sociales como son; conductas antisociales, actividades ilegales que llevan a un aumento de la inseguridad, así como el incremento del gasto en salud para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo de marihuana.

### **Trastornos Mentales**

La Asociación Americana de Psiquiatría define un trastorno mental como: un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos biológicos o psicológicos que subyacen en su función mental (Asociación Americana de Psiquiatría. [APA], 2013)

La Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad versión 11, conocida por sus siglas en inglés como CIE-11 (2019) define al trastorno mental como: Un patrón comportamental o psicológico que muestra relevancia clínica; puede asociarse a un malestar, discapacidad o generar deterioro en algún área del funcionamiento de la persona, aumenta la posibilidad de un mal funcionamiento general, el cual no está asociado a una situación cultural que influya para afectar a la persona como la muerte de un familiar o con creencias socialmente aceptadas.

La definición que se utiliza en el presente estudio integra la propuesta del CIE-11 y la OMS (2016), al considerar al trastorno mental, no solo como un padecimiento que tiene consecuencias e implicaciones médicas, sino incluir sus afectaciones en el ámbito, social, interpersonal e individual, considerando la afectación en diferentes áreas de la persona derivadas de eventos o estímulos de su entorno.

### **Comorbilidad de Trastornos Mentales y Consumo de Marihuana**

Los trastornos mentales con mayor incidencia en personas con consumo de marihuana son: trastornos depresivos, de ansiedad y psicóticos; los trastornos de ansiedad se manifiestan en personas que presentan intoxicación aguda de marihuana, estos síntomas pueden experimentarse hasta en un 22% de personas que consumen; la ocurrencia e intensidad de reacciones pueden variar por la cantidad de consumo y es más frecuente en consumidores experimentales, síntomas que cesan en la mayoría de los casos cuando se elimina el THC del cuerpo (Fernández, 2011).

Los síntomas de depresión se han asociado a personas con consumo de marihuana, como lo refieren (Arias, 2008), quienes identificaron que personas que cumplen con los criterios de dependencia a marihuana, presentaban 6.4 veces más riesgo de padecer depresión en comparación a personas sin consumo.

En referencia a proceso psicóticos Abanades, 2007, comenta que las personas con consumo de marihuana pueden presentar sintomatología psicótica la cual puede resultar transitoria; que incluye la manifestación de ilusiones, alucinaciones, amnesias, paranoia, cambios en el estado de ánimo, etc., lo cual ocurre después de una ingesta de grandes cantidades de marihuana, desapareciendo a las horas o días y teniendo la particularidad de aparecer inclusive en personas sin un historial de manifestaciones clínicas.

Estos síntomas derivados del consumo de marihuana pueden confundirse al ser compatibles con un proceso psiquiátrico; sin embargo, existen diferencias en la intensidad de los síntomas en comparación con la esquizofrenia, las manifestaciones del consumo de marihuana presentan menos alucinaciones, pero episodios más violentos y con tendencia a mayores procesos maniacos; hasta un 15% de las personas con consumo de marihuana presenta episodios psicóticos; sin embargo, no se puede definir como una “psicosis cannábica” ya que precipita el evento psicótico sin que necesariamente el consumo sea el evento que los genere. Estos síntomas pueden resultar en una expresión temprana de esquizofrenia más que un diagnóstico diferencial (Fernández, 2011).



El consumo constante de marihuana en personas de entre 12 a 18 años con predisposición genética a trastornos psicóticos, detona el primer episodio esquizofrénico tras un año de consumo; personas que tienen una menor respuesta a los tratamientos con anti-psicóticos y mayor probabilidad de recaídas en comparación con personas con esquizofrenia que no consumen marihuana (Sustaeta, 2010).

La carga de trastornos mentales relacionada con el consumo de marihuana se sitúa en un 6.08 por cada 100 000 habitantes, ubicando a la marihuana en 6to lugar dentro de las sustancias psicoactivas que generan alguna patología mental en México (CONADIC, 2021).

A continuación, se identifican factores asociados a la ocurrencia de trastornos mentales, en el siguiente apartado se complementa dicha información.

### **Factores de Riesgo para la Incidencia de Trastornos Mentales**

El factor de riesgo se define como; todo aquello que, en situaciones de índole biológico, personal y social, aumenta la probabilidad de padecer algún trastorno mental. La clasificación general en la que se agrupan los diferentes factores de riesgo es: biológicos, sociales e individuales. (Abanades, 2007; Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2006; OMS, 2016; Rivera-Olmos, 2016 & Velasco, 2017).

El factor de riesgo biológico; incluye aquellas situaciones de índole genético y/o referidas a la composición orgánica del ser humano, que influyen en la incidencia de trastornos mentales;

éstos se pueden dividir en: genéticos y biológicos ambientales (Programa de Acción en Salud Mental de México, 2001).

Entre los factores de riesgos genéticos asociados a la depresión, existen diversos estudios como el realizado por Hernández, (2016), que refiere que existe una prevalencia de heredabilidad que puede variar del 40% al 70% de probabilidad de padecer depresión en hijos de padres con antecedentes de trastorno mental, en comparación a hijos de padres sin antecedentes patológicos; otro estudio realizado en Cuba por Marcheco, (2015), en gemelos dicigotos, detectó que, si uno de los gemelos padece depresión en algún momento de su vida, su contraparte tiene una probabilidad de 40% a 50% de padecer depresión.

En lo referente a los antecedentes biológicos relacionados con la ansiedad, Dueñas, (2019), señala que los hijos de padres con antecedentes de síntomas de ansiedad presentan una mayor posibilidad de padecer estos trastornos, probabilidad que varía dependiendo de la patología padecida por los padres; cuando existe antecedentes de ansiedad generalizada, la probabilidad de padecer este mismo padecimiento es de alrededor de un 30%, por trastornos de pánico 48% y 67% por agorafobia.

La influencia del área genética asociada a procesos psicóticos (Abakah, 2015), permite identificar que en monocigotos separados al nacer con estilos de crianza diferentes, éstos presentan un riesgo similar a padecer algún trastorno mental.

En otro estudio se identificó que el gemelo monocigótico de una persona con esquizofrenia tiene un riesgo del 50% de desarrollar trastorno esquizofrénico, mientras que en gemelos dicigóticos la propensión genética disminuye al 14% (Castillo, 2008).

En la revisión del impacto de los antecedentes hereditarios se identificó que quienes tienen un familiar cercano con esquizofrenia son más propensos a desarrollar el trastorno en comparación con las personas que no lo tienen. Un hijo de padres con antecedentes de esquizofrenia tiene una probabilidad del 10% aproximadamente de padecer el trastorno mental; mientras que el riesgo de que se presente en la población en general sin estos antecedentes es del 0,7% (Castillo, 2008).

Los factores de riesgo biológico ambientales son: situaciones que están relacionadas con el área biológica pero que son resultado de algún evento ambiental, entre algunos de estos ejemplos se tienen: sufrimiento fetal, complicaciones en el embarazo y situaciones no asociadas al proceso de desarrollo, como pueden ser comorbilidades preexistentes referentes a enfermedades endocrinológicas, cardiopatías, inmunológicas y neuronales, así como enfermedad psiquiátrica en personas con quienes se convive (Castillo, 2008).

En personas con antecedentes de sufrimiento fetal se ha observado que aumenta en casi 7 veces más la probabilidad de presentar esquizofrenia, mientras que las infecciones virales prenatales, la preeclampsia, el uso de sustancias tóxicas por parte de la madre, están relacionadas con el aumento de la probabilidad de que la persona padezca epilepsia y/o trastorno por déficit de atención en algún momento de su vida. A estas complicaciones antes mencionadas se unen los problemas de desnutrición que pueda presentar la madre, la toma de medicamentos de manera excesiva o algún accidente durante el embarazo, que pueden impactar en el desarrollo del sistema nervioso central del bebé aumentando la probabilidad de padecer algún trastorno mental en algún momento de su vida (Programa de Acción en Salud Mental de México, 2001).

De los factores de riesgo biológicos ambientales, se encuentran aquellas enfermedades que puede padecer la persona en el transcurso de su vida; Caneo, 2020, refiere que en un rango de 8% a 14% del total de personas atendidas por alguna disfunción tiroidea, presentaban algún trastorno anímico comórbido (depresión y/o ansiedad).

Entre los principales factores sociodemográficos y ambientales que impactan en la salud mental, se tienen las situaciones de pobreza, guerra, desigualdad, cultura, etc. Las personas con un grado mayor de pobreza en la mayoría de las circunstancias carecen de las libertades básicas ya que ésta limita la posibilidad de contar con recursos que permiten tener acceso a una buena alimentación, refugio, educación y atención médica, lo cual merma la calidad de vida y su satisfacción general; las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental. Las normas culturales pueden promover actitudes y conductas de riesgo como; baja percepción de enfermedad, conductas disruptivas y/o falta de normas y límites, a sectores específicos de la población, que incrementan la posibilidad de padecer algún trastorno mental (Vicent, 2018). Otros macro factores tales como la migración a áreas urbanas, la guerra, el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica han sido vinculados con mayores niveles de sintomatología y morbilidad psiquiátrica (OPS, 2009).

Los factores de riesgo individuales incluyen los déficits en herramientas de afrontamiento, disminución en habilidades de regulación emocional, problemas en la toma de decisiones, baja

percepción de riesgo, sexo y edad (Uribe et al., 2011); la condición individual se vincula con la psicosocial y ambas están mutuamente relacionadas (OPS, 2009).

Entre los factores de riesgo individual, relacionados con las condiciones familiares (omitiendo la parte biológica antes mencionada) incluye el estilo de crianza (Herrera-Chávez et al., 2018), que afecta en el funcionamiento conductual, interpersonal y en la salud mental. El impacto de la crianza varía dependiendo de los períodos sensitivos y sus afectaciones repercuten a lo largo de la vida de las personas (OMS, 2016).

En los contenidos siguientes se incluye información referente a la incidencia en México de los trastornos mentales.

### **Epidemiología de Trastornos Mentales**

En un estudio realizado por Medina Mora (2003) se reportó que un 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos mentales incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) [2019] alguna vez en su vida: el 13.9% reportó presentarlos en los últimos 12 meses y el 5.8 % los presentó durante los últimos 30 días. Es decir, alrededor de seis de cada veinte mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

De acuerdo con el informe realizado por Vega (2018), el 28.6% de la población mexicana de entre 18 y 65 años, ha sufrido al menos una vez en la vida un trastorno mental. El trastorno mental más frecuente en México es la ansiedad, con una ocurrencia de 14.3%, seguida del consumo de sustancias psicoactivas con un 9.2%, en tercer lugar, quedan los trastornos afectivos, como lo son la depresión con una incidencia de 9.1% y con menor ocurrencia las fobias con un porcentaje de 7.1%.

La atención que se imparte en México para propiciar la recuperación de los trastornos mentales es muy limitada, ya que sólo un individuo de cada 10 que presentan algún trastorno mental recibe atención; si se tienen dos o más trastornos sólo uno de cada cinco la reciben y únicamente uno de cada 10 personas que presentan tres o más trastornos reciben atención; siendo atendidos por personal de salud no especializado en salud mental. En cuanto a la atención especializada, sólo 2 de cada 30 personas con algún trastorno mental recibirá atención por algún especialista en Salud Mental (Medina-Mora, 2003).

Los Trastornos mentales con mayor incidencia en México son los que se exponen a continuación (CIE-11, 2019 & Vega, 2018):

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19); los cuales incluye el consumo por intoxicación, perjudicial y/o dependiente, acompañado de síndrome de abstinencia y síntomas clínicos que afectan la funcionalidad de la persona.

Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cannabis: síndrome de abstinencia (F12.2); se enfatizan el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas derivadas del consumo de marihuana acompañadas de los siguientes síntomas: el consumo es la máxima prioridad para la persona, incluso le resulta de mayor importancia que el realizar otras actividades esenciales, como el trabajo, la relación familiar y/o de pareja, acompañado del síndrome de dependencia.

Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cannabis: trastorno psicótico (F12.5); se incluyen un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas derivadas del consumo de marihuana, acompañadas de los siguientes síntomas: alucinaciones (auditivas, visuales, kinestésicas y/u olfativas), ideas delirantes o de referencia (en la mayoría de las ocasiones de paranoia), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis.

Trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas: síndrome de abstinencia (F19.2); se enfatizan el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas derivadas del consumo de múltiples sustancias psicoactivas acompañadas de los siguientes síntomas: el consumo es la máxima prioridad para la persona, incluso le resulta de mayor importancia que el realizar otras actividades esenciales, como el trabajo, la relación familiar y/o de pareja, acompañado del síndrome de dependencia.

Trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas (F19.9); se enfatizan el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas derivadas del consumo de múltiples sustancias psicoactivas, pero no se clasifica en las categorías previas.

Episodio depresivo moderado (F32.1); La persona presenta un estado de ánimo depresivo, acompañado de pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, al menos dos de estos tres deben de estar presentes, acompañados de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y/o actos suicidas o de autoagresiones, pensamiento de muerte o suicidio, trastornos del sueño y pérdida del apetito siendo necesario que presenten de tres a cuatro de estos síntomas secundarios, dando un total de 6 para clasificarse como depresión moderada .

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2); La persona presenta un estado de ánimo depresivo, acompañado de pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, al menos dos de estos tres deben de estar presentes, acompañados de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y/o actos suicidas o de autoagresiones, pensamiento de muerte o suicidio, trastornos del sueño y pérdida del apetito siendo necesario que presenten un total de 8 síntomas para clasificarse como depresión grave.



Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: La persona presenta un estado de ánimo depresivo, acompañado de pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, al menos dos de estos tres deben de estar presentes, acompañados de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y/o actos suicidas o de autoagresiones, pensamiento de muerte o suicidio, trastornos del sueño y pérdida del apetito siendo necesario que presenten un total de 8 síntomas para clasificarse como depresión grave, estos síntomas están acompañados de la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes, las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2); La persona presenta síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Reacción a estrés agudo (F43.0); La persona presenta síntomas mixtos y cambiantes, que incluyen en uno de los extremos: embotamiento, disminución de la conciencia, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación, mientras que del otro polo puede presentar; agitación y/o hiperactividad situación transitoria de una gravedad importante que aparece en la persona sin otro trastorno mental aparente, deriva como respuesta a un estrés físico o psicológico agudo, que puede remitir en horas o días. El evento que desemboca dicha sintomatología es una experiencia traumática que amenaza la integridad física, material y/o psicológica de la persona.

De la revisión de las características de cuadros diagnósticos de trastornos mentales asociados a los del consumo de sustancias psicoactivas se desprende la necesidad de que los Profesionales de la Salud que atiende problema de consumo de sustancias psicoactivas detecte, además de las características del trastorno por consumo de sustancias, el riesgo de padecer otros trastornos mentales que también requieren atenderse para impartir una atención psicológica integral.

### **Objetivo General**

Identificar el tipo y frecuencia de trastornos mentales en personas que consumen marihuana y solicitan atención psicológica en una Institución de Atención Primaria en Adicciones del Estado de Hidalgo, con el propósito de detectar la necesidad de brindar tratamientos integrales que contemplen trastornos comórbidos que afectan la Salud Mental de los individuos.

### **Participantes**

El tipo de muestreo fue intencional; ya que se eligió a participantes mayores de 18 años que consumen marihuana como sustancia psicoactiva de impacto, siendo este consumo el motivo por el que solicitaron atención psicológica en una Institución de Atención Primaria en Adicciones de Cd. Sahagún (Otzen, 2017). El número total de participantes fue de 1760, de los cuales 61 personas consumían marihuana, siendo 58 participantes hombres y 3 mujeres; el promedio de edad fue de 23 años y 26 presentaron algún trastorno mental. Los profesionales quienes realizaron la valoración fueron 3 psicólogos, capacitados en el manejo del CIE-11.

Los criterios de exclusión fueron: solicitar atención psicológica por alguna situación no relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, por consumo de alguna otra sustancia psicoactiva que no fuera marihuana y/o ser menor de 18 años.

Las frecuencias de edades de los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: de 18 a 19 años el 37.70%, de 20 a 29 años 52.45%, de 30 a 39 años 3.27% y de 40 a 49 años 6.55%.

El promedio de edad de los participantes fue de 24 años en hombres y 19 años en mujeres; del total de participantes 95.08% fueron hombres y 4.91% fueron mujeres [Ver Tabla 1].

**Tabla 1**

*Frecuencias de Edad y Sexo de Personas que Solicitan Servicio de Atención Psicológica por Consumo de Marihuana*

Frecuencias de Edad y Sexo de Personas que Solicitan Servicio de Atención Psicológica por Consumo de Marihuana	
Edad	Porcentaje
18 a 19 años	<b>37.70%</b>
20 a 29 años	52.45%
30 a 39 años	3.27%
40 a 49 años	6.55%
Sexo	Porcentaje
Mujeres	4.91%
Hombres	<b>95.08%</b>
Sexo	Edad
Media de edad mujeres	19 años
Media de edad hombres	<b>24 años</b>

### Definición de Variables

Consumo de Marihuana: Ingerir marihuana por diversos medios de administración, con un uso no médico (NIDA, 2020). El consumo de marihuana como sustancia principal se consideró mediante el reporte en la aplicación del ASSIST.

Trastorno Mental: Conjunto de síntomas emocionales, psicóticos y/o por consumo de sustancias psicoactivas que pueden o no generar malestar psicológico y/o fisiológico, cuyas manifestaciones pueden o no detectarse y cuyas repercusiones en la conducta del individuo afectan la eficacia de su desempeño en el entorno inmediato (CIE-11, 2019). Los síntomas clínicos de la ocurrencia de algún trastorno mental se identificaron mediante la aplicación de los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y mediante el uso de la herramienta: manual de Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-11].

## **Instrumentos**

### ***Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)***

Instrumento de tamizaje, para personas mayores de edad a partir de los 18 años; consta de 8 reactivos que identifican si ha existido consumo de alguna sustancia; así como la necesidad de consumir, frecuencia del consumo, complicaciones por consumir, preocupación por parte de familiares derivados de consumir, así como identificar si hay intentos previos por dejar de consumir. Indica el nivel de intervención requerido acorde a la intensidad del riesgo detectado.

Confiabilidad: El instrumento muestra coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73). La subescala

de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT ( $r = 0,71$ ) (OPS, 2011) [Ver Anexo 1]

### ***Inventario de Depresión de Beck***

Inventario que consta de 21 reactivos, con opciones de respuesta en escala Likert, que identifican sintomatología depresiva, reporta el Nivel de depresión desde Mínimo (0- 9 puntos), Leve (10 a 16 puntos), Moderado (17 a 29 puntos), Severo (30 a 63 puntos.). La información obtenida de este instrumento permitió detectar sintomatología depresiva moderada y severa.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. en 1998; para obtener la confiabilidad se analizó su consistencia interna, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0.87, con una probabilidad de .000. El análisis factorial arrojó tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung obtuvo una correlación estadística de  $r = 0.70$ , con probabilidad menor a .000. En la correlación entre el Zung y el Inventario de Depresión se reporta una correlación de 0.65 con una probabilidad menor que .000 (Barragán, et al., 2014) [Ver Anexo 2]

### ***Inventario de Ansiedad de Beck***

Inventario que consta de 21 reactivos, cuyos puntajes de aplicación son conforme a una escala Likert, e identifican sintomatología ansiosa. El inventario arroja si existe un Nivel de

ansiedad; Ansiedad Mínima 0 a 5 puntos, Ansiedad leve de 6 a 15 puntos, Ansiedad Moderada de 16 a 30 puntos y Ansiedad Severa de 31 a 63 puntos.

El instrumento fue estandarizado a población mexicana por Robles et al., (2001), con un Alpha de Cronbach de .83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. En una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest de  $r = .75$  y en una muestra de 192 sujetos una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos con una  $p < .05$ ; y una validez discriminante que permite detectar personas con y sin trastorno de ansiedad ( $t = -19.11$ ,  $p < .05$ ). (Barragán, et al., 2014). [Ver Anexo 3]

### ***Guía de Clasificación Breve CIE-11***

La Guía de Clasificación CIE-11, es un manual diagnóstico de trastornos mentales en el área clínica. Incluye el tipo de trastornos mentales, sus síntomas característicos y su nomenclatura única para identificarlos, mediante una entrevista semiestructurada los síntomas que presenta la persona se catalogan en algún padecimiento. El manual se divide en las siguientes áreas; Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10-F19), Trastornos del humor (afectivos) (F30-39), Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F46).

## **Procedimiento**

Se realizó un estudio Expost-facto, transversal y descriptivo (Kerlinger, 1983 & Sampieri, 2003), al detectar en una sola medición la frecuencia e intensidad del consumo de marihuana y la incidencia de trastornos mentales; la ocurrencia de estas variables ya se había presentado con anterioridad.

Las personas solicitaron atención psicológica en una Institución de Atención Primaria en Adicciones de Cd. Sahagún; al iniciar el proceso de valoración se solicitó la firma de consentimiento informado y se impartió el aviso de privacidad, posteriormente se aplicaron instrumentos y formatos de evaluación como la entrevista semi estructurada ASSIST, Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, en una sesión con duración aproximada de 2 horas. Concluida la valoración se informó al solicitante el diagnóstico, fundamentado en el manual CIE-11.

Dependiendo del resultado de la evaluación, las personas son referidas a tratamiento en modelo residencial, psiquiátrico y/o tratamiento ambulatorio dentro de la institución (Consejo Breve, Intervención breve o Tratamiento Breve). Los 3 Profesionales de la Salud encargados de realizar la evaluación capacitados en el manejo del CIE-11; los diagnósticos fueron corroborados mediante el sistema de referencia y contrarreferencia por el Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza, hospital encargado de la medicación e internamiento de pacientes con trastornos mentales que así lo requieran y el Centro de Atención Integral de las Adicciones, establecimiento encargado del tratamiento residencial para personas que tienen consumo dependiente de sustancias psicoactivas, ambos en el estado de Hidalgo.



El consultorio para realizar la valoración psicológica se ubica en las instalaciones de la Institución de Atención Primaria en Adicciones de Cd. Sahagún; en el que se tienen instrumentos de evaluación impresos y una computadora para digitalizar la transcripción de notas.

## **Resultados**

El total de personas que acudieron a solicitar tratamiento psicológico a una Institución de Atención Primaria en Adicciones de Cd. Sahagún, en el periodo de Enero 2015 a febrero 2021 fue de 1760; los motivos de consulta se dividieron de la siguiente manera: 30.85% por situaciones no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas; 69.15% por consumo de sustancias psicoactivas de las cuales, el tipo de sustancias de impacto por el que solicitaron el servicio fue del 20.73% por consumo de Alcohol y Tabaco, 3.46% por consumo únicamente de marihuana, 20.45% por poli consumo de marihuana y cocaína, 8.92% por poli consumo de marihuana y metanfetaminas, 2.04% por poli consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas (inhalables, sedantes y opioides), 10.11% por consumo únicamente de cocaína y 3.40% por consumo único de metanfetaminas.

La distribución del nivel de riesgo por consumo de marihuana se clasificó en: Nivel de Riesgo Bajo 22.95%, en el que el rango de edad con mayor incidencia fue el de 18 a 19 años con un 13.11%; Nivel de Riesgo Medio 50.81%, en el cual el rango de mayor incidencia fue para edades de entre 20 a 29 años con un 27.86%; Nivel de Riesgo Alto 26.22%, donde el rango de edad predominante fue el de 20 a 29 años con un 14.75% [Ver Tabla 2].

**Tabla 2***Incidencia del Nivel de Riesgo por Consumo de Marihuana, Distribución por Sexo y Edad*

Incidencia del Nivel de Riesgo por Consumo de Marihuana, Distribución por Sexo y Edad	
Nivel de Riesgo	Porcentaje
Nivel Riesgo Bajo	22.95%
Hombres	21.31%
Mujeres	3.27%
18 a 19 años	13.11%
20 a 29 años	9.83%
30 a 39 años	0%
40 a 49 años	1.63%
Nivel Riesgo Medio	50.81%
Hombres	49.18%
Mujeres	0.00%
18 a 19 años	14.75%
20 a 29 años	27.86%
30 a 39 años	3.27%
40 a 49 años	3.27%
Nivel Riesgo Alto	26.22%
Hombres	24.59%
Mujeres	1.63%
18 a 19 años	9.83%
20 a 29 años	14.75%
30 a 39 años	0%
40 a 49 años	1.63%

Del total de personas que acudieron a solicitar tratamiento psicológico por consumo de marihuana, 42.62% presentaron algún trastorno mental, los trastornos con mayor incidencia fueron los siguientes: F12.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabis, Síndrome de Dependencia 61.53%, F32.1 Episodio depresivo moderado 7.96%, y F43.0 Reacción a estrés agudo 7.69% [Ver Tabla 3].

**Tabla 3**

*Frecuencia de Incidencia del Trastorno Mental en Personas que Solicitan Atención Psicológica por Consumo de Marihuana*

Frecuencia de Incidencia del Trastorno Mental en Personas que Solicitan Atención Psicológica por Consumo de Marihuana	
Trastorno Mental	Porcentaje
F12.2 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabis, Síndrome de Dependencia)	61.53%
F12.5 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabis, Trastorno Psicótico)	3.84%
F19.2 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas, Síndrome de Dependencia)	3.84%
F19.9 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas, Sin especificar)	3.84%
F32.1 (Episodio depresivo moderado)	7.69%
F32.2 (Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)	3.84%
F32.3 (Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos)	3.84%
F41.2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo)	3.84%
F43.0 (Reacción a estrés agudo)	7.69%

Al realizar los análisis estadísticos mediante la razón de momios, se detectan las siguientes incidencias: Cuando las personas tienen un nivel de riesgo medio, tienen una probabilidad de más de dos veces (2.5208) de presentar algún trastorno mental en comparación a las personas que puntúan un nivel de riesgo medio-bajo. El puntuar un nivel de depresión Moderado-Severo aumenta en poco más de cuatro veces (4.1429) la probabilidad de padecer algún trastorno mental en comparación con puntuar un nivel de depresión Mínimo-Leve. El obtener una puntuación en el

nivel de ansiedad Moderado-Severo aumenta en poco más de tres veces (3.1765) de presentar algún trastorno mental en comparación a las personas que obtuvieron un nivel de ansiedad Mínimo-Leve (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Análisis Estadísticos*

Resultados	
Nivel de Riesgo y Trastorno Mental	
Razón de Momios	2.5208
Trastorno Mental y Nivel de Depresión	
Razón de Momios	4.1429
Trastorno Mental y Nivel de Ansiedad	
Razón de Momios	3.1765

De los análisis estadísticos anteriormente expuestos, se identificó que el rango de edad preponderante es el de 20 a 29 años con un 52.45%, el consumo con un nivel de riesgo medio es el más prevalente con un 50.81%, el presentar síntomas de ansiedad y/o depresión con un nivel moderado-severo aumenta la incidencia de presentar algún trastorno mental en 4 veces más en promedio y el trastorno por consumo de marihuana; síndrome de abstinencia es el más recurrente con un 61.53%.

## Discusión

El objetivo del estudio fue detectar la incidencia del tipo y la frecuencia de trastornos mentales en personas que solicitan atención psicológica por consumo de marihuana, en un centro de atención primaria en adicciones del Estado de Hidalgo. con la finalidad de poder brindar tratamientos integrales que contemplen los trastornos comórbidos al consumo de sustancias, reduciendo la falta de apego al tratamiento y/o recaídas en el consumo.

Los datos de la investigación muestran que la marihuana es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor incidencia de consumo en personas que solicitaron atención psicológica, con una frecuencia de 45.43%, similar a lo reportado por Centros de Integración Juvenil (2019), en donde el consumo de marihuana representa la primera causa de ingreso a tratamiento en adicciones en el estado de Hidalgo.

Esta mayor incidencia del consumo de marihuana por encima de otro tipo de sustancias psicoactivas ilegales, puede derivarse en parte por la desinformación acerca de la totalidad de efectos por consumo de marihuana (Uribe, 2011), lo que conlleva a que se enfatizen las consecuencias relajantes y que se desconozcan o minimicen los daños físicos y mentales que puede producir su consumo; adicionalmente, la facilidad que se tiene en ciertas localidades del Estado de Hidalgo para adquirirla contribuye para su mayor consumo.

El grupo de edad con mayor incidencia en consumo de marihuana correspondió al rango de participantes de 20 a 29 años con 52.45%; edad en la cual se perciben problemas derivados del consumo; en donde la familia juega un rol primordial, ya que están expuestos a mayor presión social y por tanto a mayor cantidad de ofrecimientos en la convivencia social lo que aumenta la mayor incidencia en el consumo de marihuana (Herrera-Chávez, 2018).

Es importante analizar las implicaciones al respecto considerando que en las edades iniciales de este rango aún se encuentra en desarrollo la corteza prefrontal encargada de integrar y coordinar diversas y sobresalientes funciones mentales que estarán en riesgo de alterarse por el consumo de marihuana: habilidades de adaptación al medio, resolución de problemas, modulación de la atención, regulación social, percepción de riesgos, entre otras (Díaz-Sibaja, 2013).

Estas alteraciones en el desarrollo cerebral permiten explicar las complicaciones en el funcionamiento mental como: la disminución en la atención de actividades que se realizan, inseguridad o menor pertinencia en la toma de decisiones, en la actividad física respecto a la lentitud e imprecisión de los movimientos corporales, en actividades individuales como: el abandonar metas, interrumpir la superación académico-laboral, tener sentimientos de apatía, tristeza, sentirse decaído y en el área sociales como aislarse, que pueden presentarse en personas que tienen adicción en el consumo de marihuana y que afectan su calidad de vida (Sustaeta, 2010).

La mayor incidencia en consumo fue por parte de los hombres, lo cual puede deberse a factores sociales y de crianza, ya que el rol que se asigna al hombre facilita el consumo debido a múltiples condiciones como son; la posibilidad de asumir mayores riesgos, una mayor permisividad en la toma de decisiones, el derecho a mayor independencia, (Vicent, 2018).

Se identificó que por cada mujer con un nivel de riesgo medio-alto en el instrumento ASSIST, hubo 15 hombres con este puntaje, siendo entonces que, al permitirse consumir en mayor cantidad y frecuencia, se tienen mayores riesgos de que los daños y complicaciones asociadas se presenten en más cantidad de ocasiones y en mayor diversidad e intensidad de áreas afectadas. Esta mayor permisividad de los hombres para aumentar el consumo puede también asociarse a su mayor tolerancia fisiológica al consumo de diversas sustancias, al inicio en el consumo en edades más tempranas y a transitar en menor tiempo hacia un patrón de consumo que favorece síntomas de dependencia (NIDA, 2020).

El nivel de riesgo por consumo de marihuana en las personas atendidas se distribuyó de la siguiente manera: Riesgo Bajo 22.95%, Moderado 50.81% y Alto con 26.22%; por lo que es el riesgo moderado el que muestra un mayor porcentaje. Esta mayor incidencia en el riesgo moderado por consumo de marihuana implica que la persona puede mostrar afectaciones asociadas en diversas áreas como pueden ser: cognitiva, implicando disminución en el funcionamiento de la memoria y en procesos de aprendizaje; en lo afectivo, al generar síntomas de depresión, ansiedad y/o síntomas psicóticos; en lo social, al tener pérdida de relaciones interpersonales significativas, abandono laboral, conflicto y/o separación familiar e inclusive problemas legales (Fernández, 2011; OMS, 2016; Sustaeta, 2010; Torres, 2012; UNODC, 2015; Velasco, 2017; Vélez et al 2010).

El incremento en el nivel de riesgo por consumo de marihuana expone a que la persona tenga mayores afectaciones lo que requiere una mayor dosis de intervención en la que se aumente la duración y cantidad de estrategias a impartir por parte del profesional de la Salud. Es, por tanto, prioritario incidir mediante acciones preventivas que contribuyan a generar conciencia de riesgos a la Salud asociados al consumo de marihuana y poder brindar atenciones de menor intensidad

como resulta el consejo breve para así aumentar la salud de la población al favorecer un índice mayor en la tasa de éxito terapéutico en el que se propicien conductas de autocuidado, diversión y relajamiento alejadas de episodios del consumo de marihuana.

De acuerdo con los resultados del estudio se identificó que el 42.62% de personas que solicitaron atención psicológica por consumo de marihuana, presentaron algún trastorno mental. Entre el tipo de trastornos mentales por consumo de marihuana está el riesgo de incidir, a corto o mediano plazo, en trastornos psicóticos; sobre todo, cuando el consumo inicia desde edades tempranas y se presentan episodios de abuso en el consumo de la sustancia y/o se tienen antecedentes personales o familiares; esta situación puede deberse a la modificación de diferentes genes (AKT1, COMT) encargados de la regulación y absorción de la dopamina, que al existir consumo de marihuana aumenta la producción y asimilación (Volkow, 2015). En estos trastornos psicóticos pueden presentarse condiciones mentales de paranoia en las que pueden detectarse “ideas de persecución”, suspicacia, y alucinaciones visuales que repercuten en un estado de agitación y de violencia en las relaciones interpersonales y que requieren servicios integrales y especializados de desintoxicación, apoyo farmacológico y psicológico.

En cuanto a la incidencia de trastornos emocionales por consumo de marihuana, éstos se pueden explicar debido a los cambios en el sistema endocannabinoide, el cual se encarga de la regulación emocional y el proceso de recompensa, que al existir consumo de marihuana disminuye la funcionalidad y cantidad de receptores CB1 (Sustaeta,2010); lo que permite entender las condiciones emocionales de síntomas depresivos y amotivacionales. Es necesario que los profesionales de la salud que dan atención a las personas con riesgos por consumo de marihuana conozcan esta información y puedan transmitirla a la población que atienden y así brindar con más



eficacia la estrategia terapéutica de psicoeducación en la que se logre contribuir con favorecer una mayor conciencia de enfermedad.

Las personas que tuvieron un nivel de riesgo medio-alto por consumir marihuana presentaron una mayor incidencia en dos (2.5208) veces más de padecer algún trastorno mental (Fernández, 2011; Tamayo, 1998; Volkow, 2015). Estas condiciones resultan en episodios de consumo con mayor frecuencia y cantidad lo cual se corrobora en respuestas de más alto puntaje en el instrumento ASSIST de mayor cantidad y frecuencia de consumo en los últimos tres meses, de experimentar un fuerte deseo o ansia de consumir.

El tipo de trastornos mentales que se presentaron en personas que consumen marihuana fueron: con la mayor incidencia, Trastorno por consumo de marihuana que incluye alteraciones referentes al Síndrome de dependencia (F12.2) 61.53%; en segundo lugar, con mayor frecuencia: Episodio depresivo leve (F32.1) con 7.69% y Reacción a estrés agudo leve (F43.0) y con una incidencia de 3.84% los siguientes trastornos: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabis, Trastorno Psicótico (F12.5), Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas, Síndrome de Dependencia (F19.2), Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas, Sin especificar (F19.9), Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.2), Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).

La incidencia de esta gama de trastornos mentales relacionados con un mayor consumo en cantidad y frecuencia de marihuana (López-Quintero, 2011), puede deberse al incremento de THC en el cuerpo, potenciando los daños a nivel cerebral, disminuyendo las redes neuronales y

alteraciones en el funcionamiento de áreas del cerebro encargadas del placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación y la percepción visual, auditiva, del tiempo y el espacio, generando daños que inclusive pueden constituirse en crónicos cuando existe un consumo sostenido (NIDA, 2020).

Las personas con consumo de marihuana y trastorno mental mostraron cuatro veces más (4.1429) incidencia de tener un nivel moderado-severo en síntomas depresivos, situación que puede deberse a un proceso de automedicación en el que se recurre a consumir la sustancia cuando se experimentan síntomas como: tristeza patológica, sentimientos de minusvalía, ideas de autorreproche, etc. y que al consumir disminuyen la intensidad en los síntomas depresivos y aumenta el riesgo de padecer algún trastorno mental (Duprat, 2018); sin embargo, no se tiene información si en estos participantes, los síntomas depresivos fueron previos o se detonaron por el consumo. Este hallazgo corrobora los datos de estudios previos, en los que refieren que a mayores síntomas de depresión el consumo de marihuana incrementa (Fernández, 2011; Tahisin, 2013).

Entre las medidas preventivas que coadyuvarían para disminuir el impacto de la automedicación en personas que presentan rasgos de depresión y que estarían más propensas al consumo frecuente y en mayores cantidades de marihuana, su detección oportuna de dicha condición con sintomatología depresiva y brindarles estrategias permanentes de regulación emocional a la población, desde la infancia, la adolescencia y la edad adulta para mitigar las emociones desagradables que afectan en la ocurrencia de sintomatología depresiva.

Las personas con consumo de marihuana y trastorno mental tuvieron tres (3.1765) veces más incidencia de presentar un nivel moderado-severo de ansiedad; lo que puede deberse a los periodos de abstinencia y consumos explosivos, ya que la necesidad por consumir y otros síntomas del síndrome de abstinencia, pueden detonar crisis de ansiedad debido a la habituación que se generó en personas con un consumo sostenido (Abanades, 2007; Fernández, 2011).

El identificar correctamente el nivel de riesgo por consumo de marihuana, así como los trastornos mentales asociados, permite al profesional de la salud brindar la dosis necesaria de atención, intervención y/o tratamiento, así como integrar el plan de servicios, al seleccionar el tipo de estrategias necesarias e implementarlas de manera oportuna y precisa al ajustarlas a las condiciones y características del contexto necesarias en cada caso en particular, con el objetivo de poder mejorar la calidad de vida del individuo y su entorno inmediato, mediante la rehabilitación de relaciones interpersonales (familia, pareja y/o amigos), reintegrarse a la vida laboral, mejorar la vida educativa; impactando el entorno social de la persona e inclusive mejorar el área económica al reducir costos de tratamiento a nivel personal y gastos en salud gubernamental. Es importante integrar información valiosa y específica basada en evidencia para impartir psicoeducación en la que se proporcione información a las personas que solicitan la atención sobre los riesgos asociados al consumo de marihuana.

El conocer los trastornos concomitantes al consumo de marihuana permitirá a los trabajadores de la salud brindar un tratamiento adecuado a cada uno de los trastornos que puedan existir, evitando que la coexistencia de estos trastornos genere una mutua retroalimentación en síntomas, resultando en incremento de recaídas en el consumo y/o baja adherencia al tratamiento.

El brindar capacitación obligatoria, continua y actualizada al profesional de la salud sobre el uso y aplicación de herramientas de detección como en el manejo del CIE-11, la Guía de Intervención mhGAP y la aplicación del ASSIST, entre otras, mejora las habilidades para la detección de diversos trastornos mentales y sus ingredientes básicos de tratamiento, lo que aumenta los beneficios que pueden recibir las personas que acuden a recibir atención, ya que se le otorga una intervención precisa y de calidad y en caso de necesitar otro tipo adicional de atención, el personal capacitado mejora los protocolos de referencia (Ajenjo, 2010) para el segundo y tercer nivel de atención, permitiendo que las personas reciban la atención que ha demostrado resultados de éxito terapéutico.

Las limitaciones en esta investigación fueron tener un reducido grupo de participantes, por lo que se recomienda aumentarlo incluyendo a individuos con policonsumo; investigar cambios en cantidad y frecuencia de consumo de marihuana al egreso y seguimientos y detectar el tipo de estrategias terapéuticas que mayormente contribuyen a la disminución o remisión de diferentes tipos de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

### Referencias Bibliográficas

Abakah, H. (2015). La depresión y su relación con los grupos sanguíneos según las diferencias (sexo). *Revista internacional de ciencia y tecnología aplicadas*, 175-186.

Abanades, S. (2007). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis. Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC).

Adicciones, S. (2018). INFORME SISVEA 2017-2018. Secretaría de Salud.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición. Asociación Americana de Psiquiatría.

Ajenjo, C. (2010). Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. Ciudad de México.

Aprovat, C. (2014). Aprovat. Obtenido de <http://www.aprovat.org/historia-de-la-cocaina-veneracion-y-maldicion/>.

Arenas, C. (2010). Biología celular e histología médica. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Arias H. (2008). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. Madrid: Observatorio Drogodependencia.

AZM, Q. (2018). Conexión del sistema del grupo sanguíneo con la depresión. *Revista de Trastornos Mentales y tratamiento*, 3-4.

Bravo, J. (2009). Manual del Residente en Psiquiatría. Madrid: ENE Life Publicidad S.A. y Editores.

Barragán, L., Flores, A., Hernández, L., Ramírez, C., Ramírez, N. & Pérez, N. (2014). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Ciudad de México: Secretaria de Salud.

Castillo, M. E. (2008). ¿Cómo se transmite y modifica la información genética en los sistemas vivos? Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.

Centro de Integración Juvenil (CIJ). (2019). Hidalgo. Obtenido de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Hidalgo.pdf>

Caneo, I. A. (2020). Disfunción tiroidea y trastornos del ánimo: revisión del estado del arte. *Revista médica clínica las condes*.

Comisión Nacional Contra Las Adicciones (CONADIC). (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. México.

Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia, Universidad Nacional Autónoma de México (CUAED UNAM). (2018). Encuesta Trasversal. Psico epidemiología, 10.

Dantagnan, J. B. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Barcelona: Gedisa.

Del Bosque, J. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. Salud Mental.

Diario el Independiente Baja California Sur (2015). Diario el Independiente Baja California Sur. Obtenido de <https://www.diarioelindependiente.mx/2015/11/donacion-de-sangre-en-mexico>.

Díaz-Sibaja, M. (2013). Trastorno de pánico secundario al consumo de cannabis: estudio de un caso. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, 59-75.

Dueñas, A. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. Revista Iberoamericana de Psicología, 12 (2), 61 - 68. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/1570>

Duprat, M. V. (2018). Depresión y consumo de marihuana en adolescentes. Depresión y consumo de marihuana en adolescentes. Cipolletti: CEDES.

Fernández, S. (2011). Cannabis y Salud Mental. Oviedo: Actas Especialidad Psiquiatría.

Franco, J. C. (2020). lasdrogas.info. Obtenido de <https://www.lasdrogas.info/opiniones/historia-coca-cocaina/>.

Gobierno de México (2020). Secretaria de Cultura. Obtenido de <https://www.gob.mx/cultura/es/articulos/en-1940-lazaro-cardenas-legalizo-las-drogas-en-mexico?idiom=es>.

González, B. (2016). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. Madrid: Instituto de la Juventud.

Grispan, S. (1983). Grupo sanguíneo ABO y Rh. Revista Médica Honduras, 103-114.

Hernández, Q. M. (2016). Genética de la Depresión. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Herrera-Chávez, M. (2018). Ambiente familiar e influencia social asociados al consumo de drogas ilegales y alcohol en adolescentes. Revista de Educación y Desarrollo.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte Alcohol. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

Instituto Nacional de Psiquiatría. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones. Ciudad de México: Secretaria de Salud.

Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA). (2020). Obtenido de Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA): <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-marihuana>

Jadresic, M. J. (2014). DEPRESIÓN PERINATAL: DETECCIÓN Y TRATAMIENTO. Revista Médica Clínica Condes, 1019-1028.

Jurado, S. V. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud mental, 26-21.

Kerlinger, F. (1983). Investigación Del Comportamiento. California: McGRAW-HILL.

López-Quintero, C. (2011). Remisión y recaída: el Yin-Yang de los trastornos adictivos. Adicción.

Marcheco, B. (2015). El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. Revista Cubana de Genética Comunitaria.

Medina-Mora, Ma. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica En México. Salud Mental, 1-16.

Mena M. (2020). Statista. Obtenido de <https://es.statista.com/grafico/21993/distribucion-de-los-grupos-sanguineos-entre-la-poblacion-por-pais--%2525-/>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Cannabis. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Montecinos, G. (S.F). Salud Mental: Factores de riesgo y Resiliencia.

Moreno, J. M. (s.f.). La sangre. Ciudad de México: Departamento de Fisiología, Facultad de medicina.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). CIE-11: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Medica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Planta de cannabis y resina de cannabis. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). España: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington: OMS.

Otzen, T. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 227-232.

Ortiz, A. (2022). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 67. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. CDMX., 2022.

Peterfy, G. (1976). La relación entre los grupos de sangre. Montreal: Revista de la asociación psiquiátrica.

Qamir, H. A. (2018). Conexión del sistema de grupos sanguíneos con la depresión. *Revista de trastornos mentales*, 3-4.

Rivera-Olmos, V. (2016). Cannabis: efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 626-634.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 211-218.

Sampieri, R. H. (2003). Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL.

Secretaría de Salud. (2001). Programa de Acción en Salud Mental. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2019). Gobierno de México. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/prensa/227-se-presenta-en-mexico-el-informe-mundial-de-drogas-2019?idiom=es>

Secretaría de Salud. (s.f.). Diagnóstico y tendencia del uso de drogas en México. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-6.htm>

Secretaría de Salud Pública. (2017). Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales. Ciudad de México: ENCODAT.

Secretaría de Salud. (2014). Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes 2014. Ciudad de México: secretaria de Salud.



Sustaeta, P. B. (2010). Consumo de mariguana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje. Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, 5.

Tahisin, D. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psicología: Avances de la disciplina*, 45-51.

Tamayo, J. M. (1998). Bases biológicas de la dependencia de las drogas: hacia un enfoque integral del problema. *Revista Médica Universidad De Antioquia*.

Tapia R., M. E. (1990). La encuesta nacional de adicciones de México. Ciudad de México: Secretaria de Salud.

Teruel, B. M. (2015). El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. *Revista Cubana Genética Comunitaria*, 5-7.

Tiburcio, S. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). *Redalyc*, 19-27.

Tomás, J. (2007). Máster en Paidopsiquiatria. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Torres, G. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Perú Medica Especialidad Salud Publica.*, 127-134.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2019). Informe Mundial sobre las Drogas. Ginebra: OMS.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2015). Problemática de las drogas: Orientaciones Generales Prevención del uso indebido de drogas. Bolivia.

Uribe, A. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 47-55.

Vásquez Rojas, M. (2015). Frecuencia de antígenos del sistema sanguíneo Rh. *Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter.*, 190-171.

Vega, R. L. (2018). Información sobre salud mental en México. Ciudad de México: Cámara de Diputados LXIII LEGISLATURA.

Velasco, F. (2017). La mariguana en México: implicaciones biológicas y sociales en su legalización y regulación. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 36-52.

Vélez, G., Jiménez, K. C., & Ostrosky-Solís, F. (2010). Efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión. *Revista Mexicana de Psicología*, 309-315.

Vicent, R. C. (2018). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias, Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Madrid: Fundación Atenea.

Volkow, N. D. (2015). El cerebro con las drogas: de la recompensa a la adicción. *CELL*.

Vulk, S. (2018). Grupos sanguíneos ABO y trastornos psiquiátricos: un estudio croata. *Transfusión de sangre*, 66-71.

Xu, F. (2019). Correlación entre la ansiedad preoperatoria y los tipos de sangre ABO: Evidencia de un estudio clínico transversal. *Hindawi*, 8.

Anexos

Anexo 1



La Prueba de detección de consumo de Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)



Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 UNEME CAPA: \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?		
a. Tabaco	No	Sí
b. Bebidas alcohólicas	No	Sí
c. Cannabis	No	Sí
d. Cocaína	No	Sí
e. Estimulantes de tipo anfetamina	No	Sí
f. Inhalantes	No	Sí
g. Sedantes o pastillas para dormir	No	Sí
h. Alucinógenos	No	Sí
i. Opiáceos	No	Sí
j. Otros (especifique)	No	Sí

Si todas las respuestas son negativas, pregunte:  
 ¿Tampoco cuando era estudiante?  
 Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, **detenga la entrevista.**  
 Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, **haga la pregunta 2** para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique)	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "nunca" en todas las secciones, pase a la pregunta 6.  
 Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas 3,4 y 5 para cada sustancia.

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Cannabis	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros (especifique)	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros (especifique)	0	4	5	6	7

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, etc.)					
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros (especifique)	0	5	6	7	8

6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)			
	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

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

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



**La Prueba de detección de consumo de Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)**



7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1)

8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección:



**Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica**

Por 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. 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 (Consejo Breve)	Requiere Intervención Breve	Tratamiento más Intensivo (PSC/PPR)
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Bebidas alcohólicas		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. Inhalables		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otros (especifique)		0 - 3	4 - 26	27 +



Anexo 2

## Inventario de depresión de Beck

Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Pre - tratamiento
- Post - tratamiento
- 1er seguimiento
- 2do seguimiento
- 3er seguimiento
- 4to seguimiento

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo 1. Estoy desilusionado de mí mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	0. Yo no lloro más de lo usual 1. Llora más de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Comisión Nacional Contra las Adicciones - Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar</li> <li>1. Me enoja o me irrito más fácilmente que antes</li> <li>2. Me siento irritado todo el tiempo</li> <li>3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Mi apetito no es peor de lo habitual</li> <li>1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo</li> <li>2. Mi apetito está muy mal ahora</li> <li>3. No tengo apetito de nada</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no he perdido el interés en la gente</li> <li>1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar</li> <li>2. He perdido en gran medida el interés en la gente</li> <li>3. He perdido todo el interés en la gente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no he perdido mucho peso últimamente</li> <li>1. He perdido más de dos kilogramos</li> <li>2. He perdido más de cinco kilogramos</li> <li>3. He perdido más de ocho kilogramos</li> </ul>	
<p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</li> <li>1. Pospongo tomar decisiones más que antes</li> <li>2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</li> <li>3. Ya no puedo tomar decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes</li> <li>1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación</li> <li>2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más</li> <li>3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía</li> <li>1. Estoy preocupado/a por verme viejo/a o poco atractivo/a</li> <li>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo/a</li> <li>3. Creo que me veo feo/a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</li> <li>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba</li> <li>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora</li> <li>3. He perdido completamente el interés por el sexo</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Puedo trabajar tan bien como antes</li> <li>1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo</li> <li>2. Tengo que obligarme para hacer algo</li> <li>3. Yo no puedo hacer ningún trabajo</li> </ul>	<p><b>Nivel de depresión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minima</li> <li>Leve</li> <li>Moderada</li> <li>Severa</li> </ul>	<p><b>Puntaje Crudo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0-9</li> <li>10-16</li> <li>17-29</li> <li>30-63</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Puedo dormir tan bien como antes</li> <li>1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo</li> <li>2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</li> <li>3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir</li> </ul>	<p>Diagnóstico:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no me canso más de lo habitual</li> <li>1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo</li> <li>2. Con cualquier cosa que haga me canso</li> <li>3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</li> </ul>	<p>Observaciones:</p>	

Beck, Steer, & Garbin, (1988).

Anexo 3

## Inventario de ansiedad de Beck

Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Pre - tratamiento
<input type="checkbox"/>	Post - tratamiento
<input type="checkbox"/>	1er seguimiento

<input type="checkbox"/>	2do seguimiento
<input type="checkbox"/>	3er seguimiento
<input type="checkbox"/>	4to seguimiento

*Instrucciones:*

En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Eredina Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM (2001).

0 – 5	Mínima
6 – 15	Leve
16 – 30	Moderada
31 – 63	Severa

Puntaje: \_\_\_\_\_