



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**VALIDACIÓN DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA
ASSIST EN POBLACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL
PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

**PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
PSQUIATRÍA**

GABRIELA PELLÓN DÍAZ

DRA. XÓCHITL MARTÍNEZ

ASESOR TEÓRICO

MTRA. JUANA FREYRE

ASESOR METODOLÓGICO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2016

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado de un largo proceso en el que han participado muchas personas.

Quiero agradecer especialmente su colaboración desinteresada a los pacientes que han hecho posible este proyecto. A todos los que han participado en determinar la estructura del proyecto de convertirme en psiquiatra, mis compañeros, los médicos adscritos y profesores del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Con todo mi cariño para los incondicionales:

Enrique, mi Mamá, mi Papá y Jose

ÍNDICE

RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN	4
II. MARCO TEÓRICO	6
III. MÉTODO	13
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
HIPÓTESIS	15
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	16
MUESTRA Y MUESTREO	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN	16
TIPO DE ESTUDIO	17
INSTRUMENTOS.....	17
PROCEDIMIENTO	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	20
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	35
VII. BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXO 1	40
Validación de la Escala ASSIST en Población Clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	40
VIII. ANEXO 2.....	42
Hoja de Registro de Datos de Pacientes con Consumo de Sustancias.	42
IX. ANEXO 3.....	44
Carta de solicitud al jefe de servicio del cuarto piso de hospitalización continua	44
X. ANEXO 4	45
OMS- ASSIST V3.0	45

RESUMEN

El Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test V3 (ASSIST) se emplea como herramienta de cribado en la detección de consumidores de drogas que necesitan una intervención breve. Debido a la necesidad que tiene la psiquiatría de contar con instrumentos válidos que faciliten el diagnóstico adecuado de pacientes con adicciones mas otras patologías psiquiátricas comorbidas, se realizó la presente investigación para validar la consistencia interna de la prueba ASSIST en población clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Objetivo: Obtener la validez concurrente y la confiabilidad mediante medidas de consistencia interna del ASSIST V3.0 en población clínica adulta con comorbilidades psiquiátricas. Método: Se evaluó una muestra no probabilística de 50 pacientes internos en hospitalización continua del cuarto piso del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Se calculó la confiabilidad por medio del procedimiento de medidas de consistencia interna alfa de Cronbach. Resultados: Se realizó una validación de constructo a través del cálculo del alfa de Cronbach, habiendo alcanzado un valor superior al 0.84. Para validar los dominios se realizó un análisis de fiabilidad y factorización. Conclusiones: Actualmente se estudia cada vez más afondo el vínculo entre el consumo de sustancias y la enfermedad mental, tomándolo en cuenta como una patología dual por lo que es imprescindible una adecuada detección y consiguiente tratamiento de los trastornos mentales conjuntamente con los derivados del consumo de sustancias. Con las evidencias de la validez del ASSIST en población clínica psiquiátrica se tendrá una herramienta muy útil para detectar lo más oportuno posible el consumo de drogas.

PALABRAS CLAVE.

ASSIST, VALIDACIÓN, POBLACIÓN CLÍNICA, ALFA DE CROMBACH.

I. INTRODUCCIÓN

En el reporte de la ONU del 2014 respecto al consumo de alcohol, tabacos y drogas ilícitas, se declaró que el consumo de estas sustancias es causa significativa de pérdida de funcionalidad, productividad y de salud en la población mundial, representando una tasa de mortalidad de 40 muertes por millón de habitantes en la población entre 15 a 64 años de edad. Se estima que entre el 3.5 al 7% de la población de 15 a 64 años de edad han consumido una sustancia ilícita en el último año, siendo las más frecuentes, cannabis, opioides, cocaína, anfetaminas y solventes. Estableciendo en este informe que el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte, discapacidad así como para el desarrollo de una gran variedad de problemas sociales, económicos, legales, y el desarrollo de relaciones interpersonales y familiares conflictivas.²

En México, el consumo de sustancias en la población adulta se ha convertido en un fenómeno que va en aumento, lo que ha dado pie al incremento de los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad, vinculándose cada vez más el consumo de sustancias con problemas de salud mental. Hasta un 50% de las personas que tienen alguna enfermedad mental también sufren de un problema de abuso de sustancias. Entre el 60 al 80% de las personas con trastornos con adicciones presentan un diagnóstico psiquiátrico adicional, ya sea como precipitador de la adicción o como consecuencia de esta. Se sabe que la prevalencia del uso de sustancias de abuso entre pacientes con esquizofrenia es del 47%, frente al 16% de la población general. El abuso de sustancias está asociado a un importante aumento de la morbilidad de estos pacientes con

frecuentes exacerbaciones de los síntomas, incrementos en la necesidad de hospitalización, peor respuesta al tratamiento e incluso mayor probabilidad de suicidio.

Actualmente se estima que la prevalencia del abuso de drogas entre pacientes con depresión mayor es superior al 20%. Mientras que la presencia de una adicción a drogas incrementa cerca de 5 veces el riesgo de padecer una depresión.¹¹

Existen múltiples herramientas clinimétricas para evaluar el uso de sustancias sin embargo, estas presentan varias limitantes las cuales han sido esbozadas por McPherson, Hersh, Babor y Kadden¹. Muchas de las herramientas existentes como el Índice de Severidad de Adicción (ASI por sus siglas en inglés), y el Módulo de Abuso de Sustancias de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-SAM por sus siglas en inglés), son muy detallados, su administración requiere mucho tiempo y se tornan imprácticos al ser utilizados en la atención primaria.¹ Lo que hace más valioso el objetivo de este proyecto de validación de la escala ASSIST en población clínica adulta.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones seleccionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. 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).¹

El cuestionario 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. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de “alto riesgo” y conductas asociadas con el uso de drogas vía intravenosa.¹

Al validar esta prueba se busca obtener una herramienta clinimétrica para la detección y evaluación del consumo de sustancias en pacientes adultos con comorbilidades psiquiátricas que sea más práctica que los instrumentos ya existentes, que además detecte el consumo de todas las sustancias psicoactivas y no solo el consumo de tabaco y alcohol, que se pueda aplicar también en los servicios de atención primaria y se pueda vincular fácilmente a las intervenciones correspondiente para el tratamiento del consumo de sustancias.

II. MARCO TEÓRICO

La ONU en su reporte del 2014 correspondiente a la actividad de consumo de drogas y crimen, refiere que el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas sigue siendo una causa significativa de discapacidad dentro de la población de entre 15 y 64 años. Indicando en este reporte que entre el 3.5 al 7 por ciento de la población en este rango de edad ha consumido tabaco, alcohol o una droga ilícita en el último año y que la cifra va en aumento. En el reporte se hace mención que el consumo de estas sustancias representa una tasa de mortalidad de 40 muertes por millón en la población mundial de entre 15 y 64 años de edad. La cifra de consumo sigue en aumento y los servicios y programas de salud para la atención de este problema, son insuficientes.²

México está a la vanguardia en el diagnóstico psiquiátrico de consumo de sustancias, ya que desde 1980, se han realizado seis encuestas epidemiológicas nacionales para identificar, evaluar y realizar programas de prevención y atención de las personas con consumo de sustancias, (1988, 1993, 1998, 2002, 2008 y 2011). Las tres primeras registraban datos urbanos y en las tres últimas se agregaron datos del medio rural. Estos estudios han logrado obtener datos sobre la evolución del problema tanto en el medio urbano y rural, y a nivel regional y estatal.¹¹

La encuesta nacional de adicciones (ENA) en el 2011 reportó que la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida a nivel nacional creció significativamente entre 2002 y 2011 al pasar de 5.0% a 7.8%, y el consumo de cualquier droga ilegal incrementó de 4.1% a 7.2%. En esta encuesta el consumo por sexo reportó que en los hombres el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13% y de drogas ilegales de 8.0% a 12.5% y en las mujeres, la primera aumentó de 2.1% a 3.0% y la segunda de 1.0% a 2.3%. se reportó que las drogas de preferencia continúan siendo la marihuana (6.5%) y la cocaína (3.6%).¹¹

Entre el 60 al 80% de las personas con trastornos con adicciones presentan un diagnóstico psiquiátrico adicional, ya sea como precipitador de la adicción o como consecuencia de esta. La prevalencia del uso de sustancias de abuso entre pacientes con esquizofrenia es del 47%, frente al 16% de la población general. El abuso de sustancias está asociado a un importante aumento de la morbilidad de estos pacientes con frecuentes exacerbaciones de los síntomas, incrementos en la necesidad de hospitalización, peor respuesta al tratamiento e incluso mayor probabilidad de suicidio. Se estima que la prevalencia del abuso de drogas

entre pacientes con depresión mayor es superior al 20%. Mientras que la presencia de una adicción a drogas incrementa cerca de 5 veces el riesgo de padecer una depresión⁵.

A pesar del conocimiento de las cifras anteriores, el consumo de sustancias psicoactivas ha despertado escaso interés entre los profesionales de la medicina. La consideración de las conductas adictivas como un “vicio”, como una “falta de voluntad” marcaron hasta no hace mucho no sólo la “idea popular” sino los recursos socio-sanitarios y terapéuticos para tratar a esta población. Sin embargo el descubrimiento, por los años 70 del sistema opioide (receptores, ligandos endógenos, etc.) y posteriormente en los años 80 y 90 el sistema cannabinoide, supuso una catarsis tanto en la investigación básica como en clínica. Los pacientes con diagnóstico de consumo de sustancias dejaron de ser “viciosos” para empezar a convertirse en enfermos. El hecho de que los seres humanos tuvieran receptores para drogas exógenas no se podía explicar por la teoría de evolución Darwiniana, ni tampoco que el uso o abuso de drogas por generaciones pudiera producir mutaciones tales en la carga genética del ser humano como para provocar la aparición de sistemas tan complejos en las generaciones presentes. La explicación más sencilla, y en la ciencia suele ser la más acertada, es que estos sistemas siempre habían existido y que tienen una razón de ser. Por lo que actualmente las investigaciones en este campo se basan en saber cuáles son las razones de ser y existir de esos sistemas y su relación con otros sistemas de neurotransmisión y por lo tanto el neurodesarrollo.

Durante años se ha pensado que son los mecanismos sociales y psicológicos los que mantenían la adicción, por lo que los tratamientos se han basado en desintoxicar al paciente y/o enviarlo a una comunidad terapéutica. Pero este método no ha funcionado en

su totalidad y el número de recaídas es alto. En los últimos años la comunidad médica se ha cuestionado si existe “algo más” que explique la evolución crónica y recidivante en estos pacientes por lo que ahora no solo nos referimos a un trastorno por adicción o consumo de sustancias sino a una patología dual.

Se denomina “patología dual” a la concurrencia en un mismo individuo de por lo menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico”.¹⁷ Los pacientes duales son frecuentes y desde la perspectiva clínica como social son pacientes con más vulnerabilidad que los sujetos que solo presentan un solo diagnóstico psiquiátrico ya que acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias, requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, muestran más conductas de riesgo y una mayor comorbilidad de enfermedades infecto-contagiosas como la infección por el virus del VIH y hepatitis C. además presentan marginación social importante y más conductas violentas y criminales.

Esta gravedad clínica y social es importante porque la patología dual no es una condición aislada sino que tiene una presencia epidemiológica importante. Los estudios llevados cabo en población general como los llevados a cabo en muestras clínicas refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, situándose entre el 15-80%.¹⁷

La identificación de forma fiable y válida de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas es compleja, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también epidemiológico por la dificultad que presentan la definición terminológica, la metodología de evaluación, la influencia recíproca de los trastornos y del consumo concomitante de otras sustancias, la diferente composición y

formación de los equipos, la difícil verificación de los trastornos psíquicos previos al consumo de sustancias, el establecimiento de criterios de inclusión y de exclusión en los estudios; y las muestras, con frecuencia sesgadas ¹.

En este sentido, la psiquiatría ha evolucionado con respecto a los conceptos y criterios diagnósticos entre el consumo de drogas y la presencia de otros síntomas psiquiátricos concomitantes. Así desde los criterios de Feighner en 1972 hasta los criterios del DSM-IV-TR¹⁶ y la CIE-10 se han realizado cambios importantes en los criterios diagnósticos¹⁷. Los criterios del DSM IV- TR permiten distinguir entre: “trastornos primarios” (trastornos mentales que no son relacionados por el consumo de sustancias ni debidos a una enfermedad médica), “efectos esperados” (síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia) o “trastornos inducidos por sustancias” (cuando los síntomas son considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por o abstinencia a una sustancia), con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso¹⁷.

Actualmente se exponen dos hipótesis principales que explican la comorbilidad entre el consumo de sustancias y la enfermedad mental, la primera hace referencia a que las adicciones y la enfermedad mental son expresiones sintomáticas distintas que comparten alteraciones neurobiológicas preexistentes. La segunda hipótesis, hace referencia a la frecuencia de consumo de sustancias la cual a través de mecanismos de neuroadaptación origina cambios neurobiológicos que predisponen al desarrollo de enfermedades mentales.

¹⁷Así pues, la naturaleza de la relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular.

En el DSM-IV-TR los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).¹⁸ El CIE-10 complementa esta información agregando el diagnóstico de consumo perjudicial además de los ya mencionados.¹⁶⁻¹⁹

La dependencia de sustancias se define como un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos que afectan directamente su funcionalidad global. Existiendo además un patrón repetitivo de autoadministración que le llevara a la tolerancia y a la abstinencia.^{16 - 19}

La tolerancia es la necesidad que tiene el individuo de aumentar la cantidad de la sustancias de forma paulatina para así alcanzar el efecto deseado, también se puede definir como la incapacidad de alcanzar la intoxicación deseada con el uso continuo de la misma dosis.^{16 -19}

La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo con la presencia de alteraciones cognoscitivas y fisiológicas, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esta sustancia.^{16 - 19}

El abuso de sustancias consiste en patrones desadaptativos de consumo de sustancias manifestado por disfunción global del sujeto ya que le produce consecuencias adversas

significativas y recurrentes relacionadas directamente con el consumo repetido de la sustancia.¹⁶⁻¹⁹

La intoxicación por sustancias es la aparición de signos y síntomas reversibles y que se deben a la reciente ingestión de la sustancia, que producen alteraciones a nivel de la conciencia, de la cognición, de la percepción y del estado afectivo así como del comportamiento del individuo.¹⁶⁻¹⁹

El consumo perjudicial es una forma de consumo de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud. Este daño puede ser físico o mental.¹⁶⁻¹⁹

Las razones que impulsan al uso de instrumentos clinimétricos pueden ser diversas, como son la ayuda al diagnóstico, el apoyo al umbral de tratamiento, la comunicación con otros profesionales y el establecimiento de un referente poblacional.

Es preciso mencionar que los instrumentos clinimétricos son de gran ayuda en la comunicación médico-paciente, ya que facilitan el intercambio de síntomas subjetivos a los que se refiere el paciente volviéndolos objetivos y cuantificables.

En el proceso de construcción clinimétrica, las propiedades fundamentales que se le exigen a un instrumento de medida son la validez, la fiabilidad y la objetividad, o lo que es lo mismo, la estandarización del contenido y la estandarización como herramienta de medición, respectivamente.³

La validez del contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se mide. Por su parte, la fiabilidad indica la utilidad científica de la escala como instrumento que demuestra su precisión a la hora de medir,

poniendo a prueba su reproducibilidad en posteriores medidas o por distintos observadores.⁴

La objetividad se refiere al grado en el que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan. La objetividad del instrumento se reforzará mediante la estandarización en las aplicaciones del instrumento y la evaluación de los resultados; así como al capacitar al personal en la aplicación del instrumento.⁴

Para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición como lo es el ASSIST, existen diversos procedimientos, todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad que pueden oscilar entre cero y uno, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad. Los procedimientos más utilizados son los siguientes: medidas de estabilidad, método de formas alternativas o paralelas, método de mitades partidas y medidas de consistencia interna, que es el procedimiento que se utilizará para validar el ASSIST, el cual se explicará más adelante.⁴

III. MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el abuso, está presente en una gran proporción de pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico y es la principal comorbilidad en primer episodio psicótico. El consumo es mayor al encontrado en la población general, en especial en lo referente al abuso de marihuana y alcohol y se ha relacionado con un peor pronóstico de la enfermedad y una mayor severidad de los

síntomas. Cuando se brinda tratamiento y el consumo disminuye notoriamente este deja ejercer su efecto nocivo en el pronóstico a largo plazo.¹⁷

Si bien existen antecedentes del buen funcionamiento del ASSIST como prueba de detección de consumo de sustancias en otros países (p. ej. Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, Reino Unido entre otros)¹ en poblaciones adultas, hasta el momento no se tiene conocimiento de la existencia de investigaciones realizados en países de habla hispana con población clínica adulta, que reporten las características psicométricas de la prueba asociada a validez concurrente con otras medidas y que presenten estabilidad temporal (confiabilidad). Pese a la relevancia aun no se encuentra validada en este tipo de población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la necesidad que tiene la psiquiatría de contar con instrumentos válidos que faciliten el diagnóstico adecuado de pacientes con adicciones mas otras patologías psiquiátricas comorbidas, se realizó la presente investigación para validar la consistencia interna de la prueba ASSIST en población clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Incluyó pacientes de entre 18 años y 59 años 11 meses de edad, hospitalizados, con diagnóstico de consumo de sustancias más una patología psiquiátrica. Dicha validación se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 1º de marzo del 2015 al 1º de septiembre de 2015.

OBJETIVO GENERAL

Obtener la validez concurrente y la confiabilidad mediante medidas de consistencia interna del ASSIST V3.0 ¹ en población clínica adulta con comorbilidades psiquiátricas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la prueba ASSIST en pacientes adultos con comorbilidades psiquiátrica en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Obtener los niveles de confiabilidad y validez de la prueba ASSIST en pacientes adultos con comorbilidades psiquiátricas del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Determinar si la validez obtenida del ASSIST es útil si se aplica en población adulta con comorbilidades psiquiátricas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

HIPÓTESIS

- **H1:** La prueba ASSIST es válida para detectar el consumo reciente en pacientes mexicanos adultos con comorbilidad psiquiátrica
- **H0:** La prueba ASSIST no es válida para detectar el consumo reciente en pacientes mexicanos adultos con comorbilidad psiquiátrica

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad cronológica en años	Cuantitativa	Independiente
Sexo	Características fenotípicas	Cualitativa. Nominal dicotómica	Independiente
Consumo	Hábitos de salud	Cualitativa. Nominal dicotómica	Independiente
Diagnóstico de Patología Dual	Presencia de dos diagnósticos psiquiátricos, uno de ellos hace referencia a la adicción	Cualitativa Nominal, dicotómica	Independiente
Validez interna del ASSIST	Nivel de correlación de la medición de la presencia del consumo y la adicción, y la confiabilidad de su medición	Cuantitativa Escalar	Dependiente

MUESTRA Y MUESTREO

Muestra no probabilística de un mínimo de 50 pacientes que se encuentran internos en el servicio de hospitalización continua del cuarto piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mexicanos, mayores de 18 años y menores de 60.
- Pacientes que se encuentren internados en el servicio de hospitalización continua en el cuarto piso del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

- Consentimiento informado firmado por el paciente y su familiar responsable de ser necesario.

Criterios de exclusión

- Pacientes con síntomas psicóticos productivos
- Paciente con retraso mental moderado/grave
- Pacientes con demencia
- Paciente que no firme el consentimiento informado

Criterios de eliminación

- Pacientes que no respondan todas las preguntas del cuestionario.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal

INSTRUMENTOS

En la última década el grupo de trabajo WHO ASSIST Working Group 2002, desarrolló The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test¹. El ASSIST V3.0 permite identificar a los sujetos que presentan uso o abuso de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas, o incluso dependencia. Está conformado por 8 preguntas: las primeras siete sondean diferentes aspectos en relación al consumo de 9 tipos de sustancias; la pregunta 8 sondea uso intravenoso. En total son 8 preguntas que sondean el consumo de 9 sustancias

ASSIST

Pregunta

1. ¿Cuál de las siguientes sustancias has usado alguna vez en tu vida?
 2. Durante los últimos tres meses ¿con qué frecuencia has usado alguna(s) de las siguientes sustancias?
 3. Durante los últimos tres meses ¿con qué frecuencia has tenido el fuerte deseo o necesidad de consumir alguna o algunas de las siguientes sustancias?
 4. Durante los últimos tres meses ¿con qué frecuencia el uso de alguna(s) de las sustancias te ha llevado a problemas de salud, en la escuela, sociales, legales o de dinero?
 5. ¿Durante los últimos tres meses con qué frecuencia no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al uso de alguna(s) de las siguientes sustancias?
 6. ¿Algún amigo, familiar u otra persona alguna vez en tu vida te ha expresado su preocupación sobre tu uso de alguna(s) de las siguientes sustancias?
 7. ¿Alguna vez en tu vida has fracasado en tu intento por controlar, disminuir o dejar de usar alguna(s) de las siguientes sustancias?
 8. ¿Alguna vez en tu vida te has inyectado alguna droga o sustancia?
- * ¿Con qué frecuencia te has inyectado alguna droga o sustancia

Las preguntas fueron traducidas al idioma español por el mismo equipo que desarrollo la versión inglesa original². Todas y cada una de las preguntas hacen referencia a nueve tipos de sustancias: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, inhalantes, sedantes o tranquilizantes, alucinógenos y opioides. En cada pregunta se aclaró que: “En el caso de uso de medicamentos solo registrar aquellos consumidos sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico”. Se anexó la pregunta sobre frecuencia del uso inyectado de drogas como un indicador adicional de riesgo.

Esta escala tiene un formato de aplicación rápido y sencillo. Las opciones de respuesta para cada pregunta son: P1 (“Si = 3” y “No = 0”); P2 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 2”, “Cada mes = 3”, “Cada semana = 4” y “Diario o casi diario = 6”); P3 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces =

3”, “Cada mes = 4”, “Cada semana = 5” y “Diario o casi diario = 6”); P4 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 4”, “Cada mes = 5”, “Cada semana = 6” y “Diario o casi diario = 7”); P5 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 5”, “Cada mes = 6”, “Cada semana = 7” y “Diario o casi diario = 8”); P6-8 (“No, nunca = 0”, “Sí en los últimos tres meses = 6” y “Si, pero no en los últimos tres meses = 3”). Las puntuaciones por sustancia se obtienen sumando cada respuesta de la P2 a la P7 (en total se obtienen 9 puntuaciones de involucramiento; uno por cada droga). No deberán sumarse las puntuaciones de la pregunta P1 y P8, (la puntuación para cannabis puede calcularse sumando $P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c$). La puntuación máxima por categoría puede ser 39 puntos y la más baja 0. También ofrece una puntuación de involucramiento global.²

Con base en lo anterior, el ASSIST determina una puntuación de riesgo por sustancia que se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto”, y que a su vez determina la intervención más adecuada conforme el nivel de uso. Los puntos de corte son: 0 a 3 puntos (No intervención); 4 a 26 puntos (Intervención Breve) y 27 puntos o más (Tratamiento Intensivo). Hasta el momento no se tiene conocimiento de que existan otros estudios que indiquen puntos de corte distintos.²

La última versión del ASSIST en español V3.0 surgió en el 2008; la literatura reporta dos versiones previas creadas entre los años 1998 y 2002, se reportan datos cuantitativos sobre su validez concurrente y confiabilidad test-retest en poblaciones adultas reclutadas en centros especializados de tratamiento y clínicas de atención primaria de la salud; con coeficientes de correlación intraclase con otras medidas para el consumo problemático de drogas como el MINI-Plus ($r=0.76$, $p<0.01$) y Addiction Severity Index ($r=0.84$, $p<0.01$) y

valores kappa en un rango de 0.40 a 0.78 en relación a la estabilidad temporal de la prueba (test-retest) ⁽⁴⁾

PROCEDIMIENTO

Se presentó el proyecto de tesis a los asesores y posteriormente ante el Comité de Investigación y Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para su aprobación.

Una vez aceptado el protocolo se evaluó a los pacientes de hospitalización continua del cuarto piso del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". A quienes cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó ampliamente las características del estudio y se aplicó el ASSIST, previa firma de consentimiento informado por el paciente y testigo familiar responsable del paciente. Se aplicó la prueba ASSITS en una sesión de 15 minutos. Los resultados fueron anexados al expediente, en los casos que el instrumento arrojó información relevante para el tratamiento del paciente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para análisis estadístico se utilizó el SPSS 20, con el que se calculó la correlación estadística y validez interna. Se calculó la confiabilidad por medio del procedimiento de medidas de consistencia interna alfa de Cronbach. Es un método de cálculo que requiere una sola administración del instrumento de medición.⁴

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Este trabajo se basa en principios éticos que no dañan a los participantes, principalmente no implicó malestar o dolor en ellos, no se realizaron procedimientos invasivos, no tuvo ningún costo para los participantes, pero tampoco recibieron gratificación alguna por

participar en el estudio. El trato que recibieron los participantes fue digno y de respeto, con ello el autor se compromete al resguardo de la información obtenida durante el estudio.

Los principios éticos que se cuidaron durante la elaboración del estudio son: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia; por tanto los participantes pudieron retirarse del estudio en el momento que lo consideraran conveniente sin menoscabo de la calidad y calidez de la atención que reciben de manera habitual.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera de: **Riesgo mínimo:** Se entiende como Investigaciones en Salud con riesgo mínimo aquellas en las cuales se llevan a cabo registros de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos) y si los resultados sólo dan un impacto muy pequeño y pasajero sobre la salud o confort. Ejemplo: ECG, TAC, audiometría, termo grafía, ecografía, extracción dentaria, sanguínea, (frecuencia máxima 2 por semana), ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas individuales o grupales , utilización de medicamentos o especialidades medicinales autorizadas de empleo común y amplio margen terapéutico, test de memoria realizado a dementes, contestar cuestionario que involucre aspectos sensibles del individuo: alcohol, drogas ilícitas, preferencias y conductas sexuales, infección por VIH , etc.

IV. RESULTADOS

El instrumento de medición es una escala que sirve para determinar la necesidad de intervención terapéutica en personas con adicciones. Mide en magnitud lógica con

dimensión múltiple, pues analiza por cada tipo de droga su consumo, la frecuencia y los problemas que se derivan de su consumo. Determina el riesgo de consumo en bajo, moderado y alto que indicará la necesidad de intervención en el consumidor de sustancias.

Para el instrumento ASSIST se realizó una validación de constructo a través del cálculo del alfa de Cronbach, habiendo alcanzado un valor considerado “muy bueno” pues es superior al .84. Mientras que para validar los dominios se realizó un análisis de fiabilidad y factorización, habiéndose encontrado que sólo dos dominios el 1 y 6, son válidos y significativos, mientras que para el resto de las dimensiones que mide el instrumento las varianzas y covarianzas hicieron débil el procesamiento de datos, estableciéndose por el programa estadístico, debilidad matemática para calcular su validez; por ese motivo no se puede determinar si los dominios medidos por los ítems que constituyen la pregunta 2, 3, 4 y 5 son válidos.

Para resolver esta debilidad estadística deberá primero realizarse la replicación del instrumento a una muestra de mayor tamaño y en caso de que la factorización confirmatoria sea nuevamente imposible de calcular, deberá valorarse la necesidad de acortar el inventario a las dimensiones que sean significativas, aunque en términos teóricos, el constructo sea suficiente en términos estadísticos. Esta precaución deberá tomarse en cuenta debido a que la aplicación se ha realizado en pacientes internos de una institución psiquiátrica que presentan trastornos mentales debido al consumo de sustancias, por lo que los ítems, correspondientes a los numerales 2, 3, 4 y 5 no presentaron varianzas debido a que todos ellos presentaban algún problema como se especifica en el siguiente análisis de resultados obtenidos para la muestra estudiada.

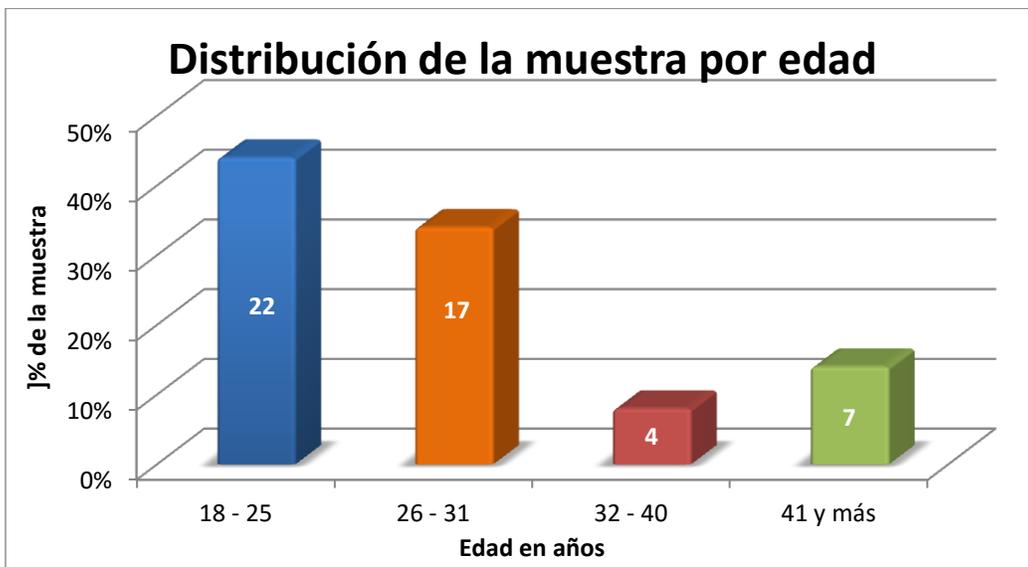


Imagen 1 - Distribución de la muestra por edad

Como se observa en la imagen 1 la muestra se constituyó de 50 sujetos, 5 mujeres y 45 hombres, con edad promedio de 28 años ($DE \pm 8.44$), ver imagen 1. Siendo a las mujeres más jóvenes que los hombres, al encontrarse en la segunda década de la vida. La moda de edad para este grupo fue de 22 años (14%).

El 56% tuvieron como diagnóstico psiquiátrico F20.0, seguidos de los pacientes con diagnóstico de F60.3 (10%) y F25.0 (8%), ver imagen 2 y tabla 1.

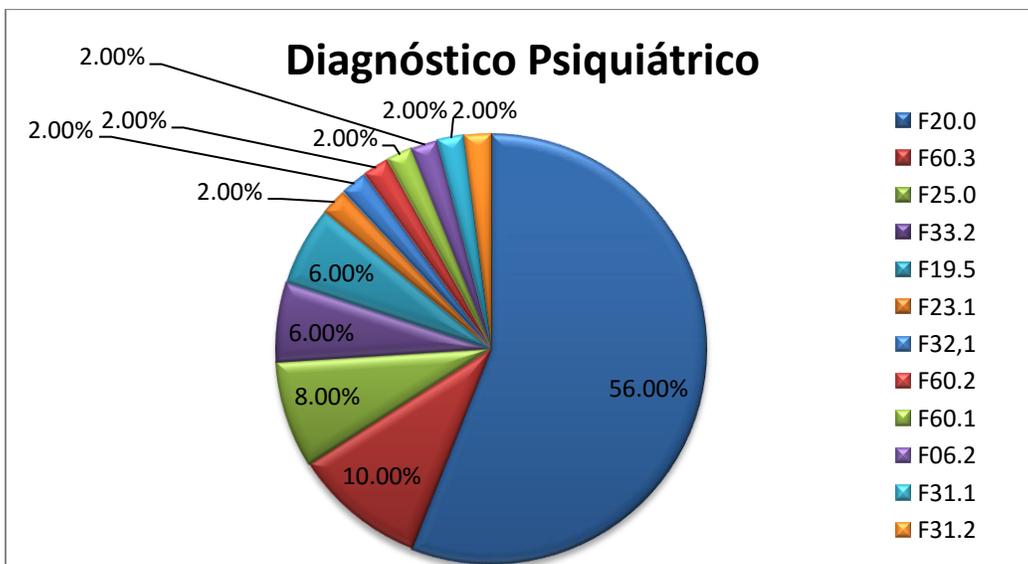


Imagen 2 - Distribución del Diagnóstico Psiquiátrico

Código	Descripción de Trastorno Mental y del Comportamiento
F06.2	Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
F10.2	Síndrome de dependencia al alcohol.
F11.2	Síndrome de dependencia de opioides.
F12.1	Consumo perjudicial de cannabinoides.
F12.2	Síndrome de dependencia de cannabinoides.
F18.1	Consumo perjudicial de disolventes volátiles.
F19.1	Consumo perjudicial de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.
F19.2	Síndrome de dependencia al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.
F19.5	Trastorno psicótico por consumo de múltiple drogas o sustancias psicótropas
F20.0	Esquizofrenia paranoide.
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
F31.1	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
F32.1	Episodio depresivo moderado.
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad.
F60.2	Trastorno disocial de la personalidad.
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Tabla 1 - Trastornos Mentales y del Comportamiento³⁰

El diagnóstico de consumo más frecuente fue F19.1 (64%), seguido de F19.5 (10%) y F12.1 (8%). Ver imagen 3.

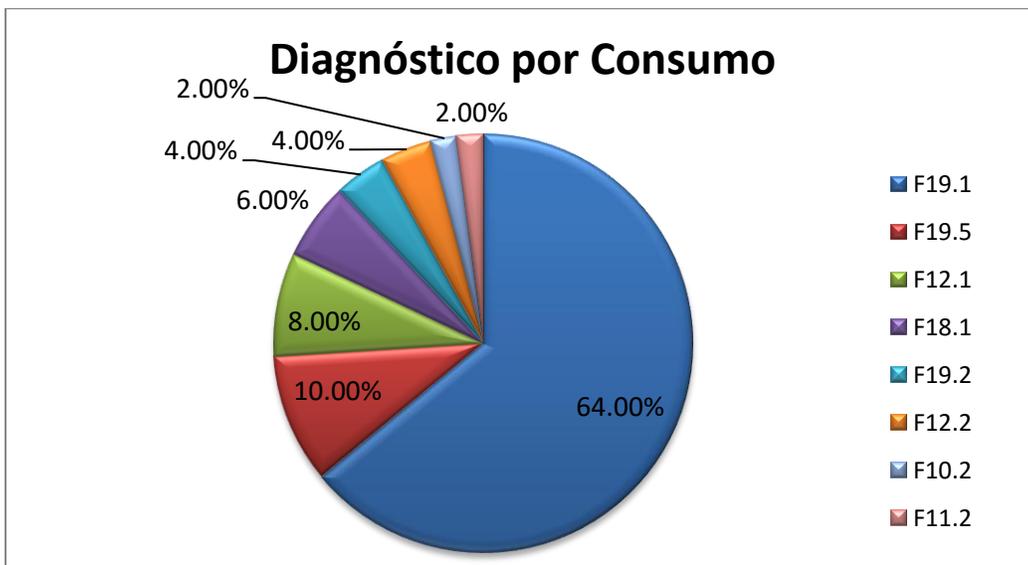


Imagen 1 - Distribución del Diagnóstico por Consumo

El 94% de los pacientes encuestados reportan haber consumido alguna vez en su vida tabaco, alcohol el 98%, cannabis el 86%, cocaína el 46%, anfetaminas 12%, inhalantes 54%, sedantes 14%, alucinógenos 18%, opiáceos 6% y solo uno dijo consumir otra droga no considerada entre las anteriores.

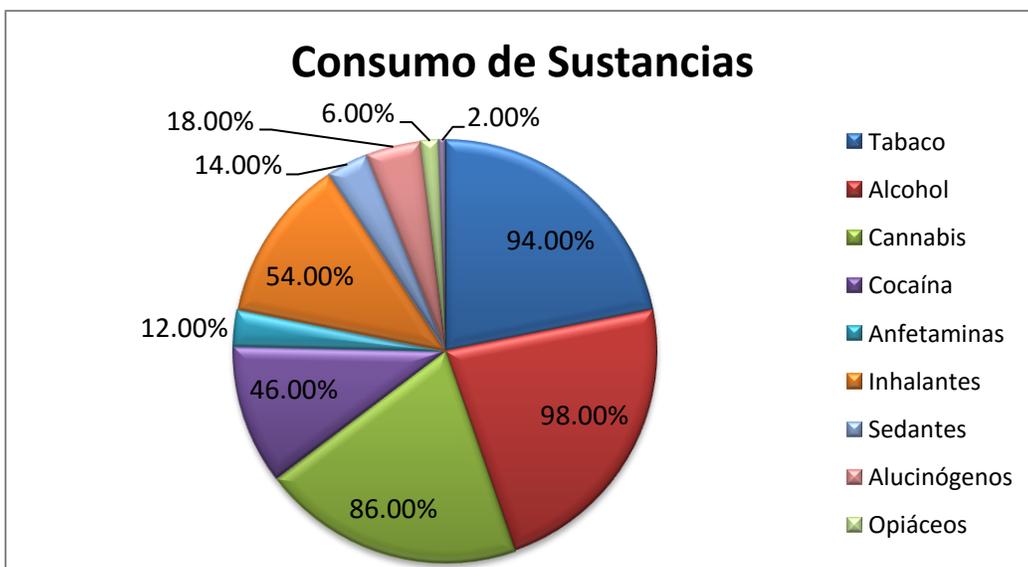


Imagen 2 – Distribución del Consumo por Sustancia

El principal diagnóstico psiquiátrico de los pacientes a los que se le aplicó la prueba fue F20.0, excepto para opiáceos que se divide de igual manera en tres diagnósticos F60.3, F19.5 y F20.0. De igual forma en el caso del consumo de otras drogas no consignadas el diagnóstico más frecuente fue el de psicosis por consumo de múltiples sustancias, F19.5 y representa el 2% de la muestra. Ver imagen 4.

Respecto de la frecuencia de consumo, 72% consumen a diario tabaco, alcohol 12%, cannabis 50%, cocaína 6%, anfetaminas 0%; inhalantes 18%, sedantes 2%, alucinógenos 0%, opiáceos 1%. Ver imagen 5.

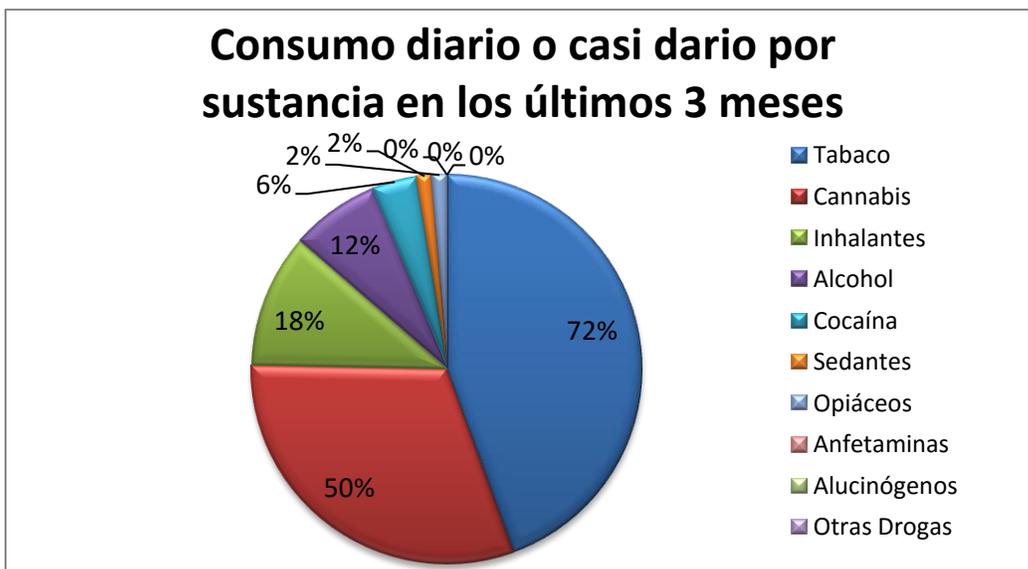


Imagen 3 - Consumo diario o casi diario por sustancia en los últimos 3 meses

En la imagen 6 se observa como el alcohol no forma parte de las tres sustancias de mayor consumo a diario o casi diario en los últimos tres meses, siendo más importante su ingesta de manera mensual y semanal. Es notable que el consumo a diario o casi diario de inhalantes rebasa el del alcohol. Este patrón de consumo de alcohol puede responder a que la sustancia es socialmente aceptada.

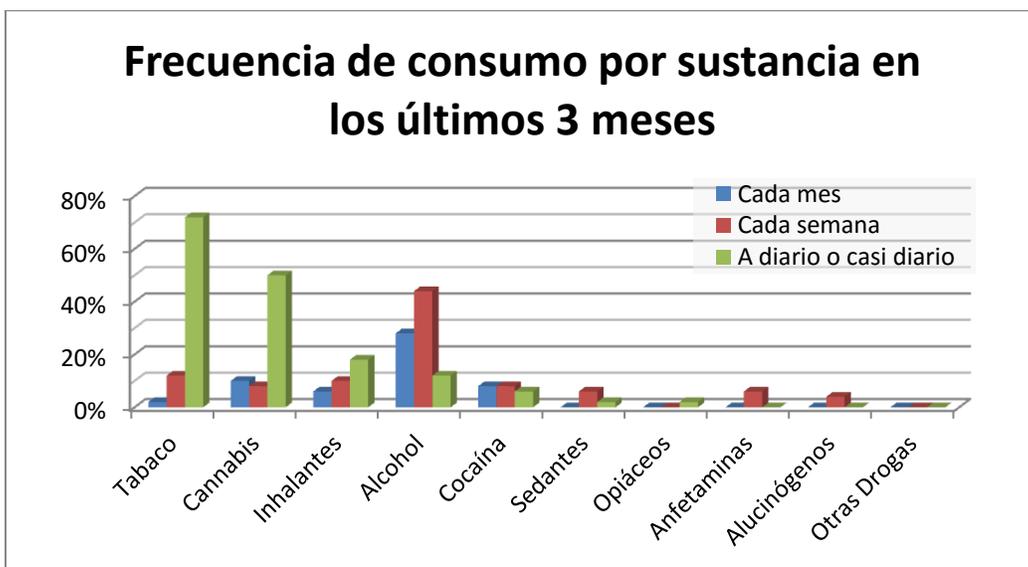


Imagen 4 - Frecuencia de consumo por sustancia en los últimos 3 meses

La población analizada reporta un deseo de consumir sustancias, reportadas en la prueba ASSIST, a *diario o casi diario* de la siguiente manera: 62% tabaco, cannabis 38%, 10% alcohol, cocaína 6%, anfetaminas 4%, 14% deseaban consumir diariamente inhalantes, 4% sedantes, alucinógenos y opiáceos 2% respectivamente. Ver distribución de deseo de consumo en la imagen 7.



Imagen 5 - Deseo de Consumo *diario o casi diario* por sustancia en los últimos 3 meses

Al igual que en el imagen 6 donde se muestra el consumo de sustancias en los últimos 3 meses, el deseo por consumir alcohol *a diario o casi diario* es bajo comparado con el tabaco, cannabis e inhalantes, en este orden. Sin embargo el deseo, y el consumo, por el alcohol en la frecuencia semanal es el más importante. Este comportamiento del consumo de alcohol es muy específico y delimitado. Imagen 8

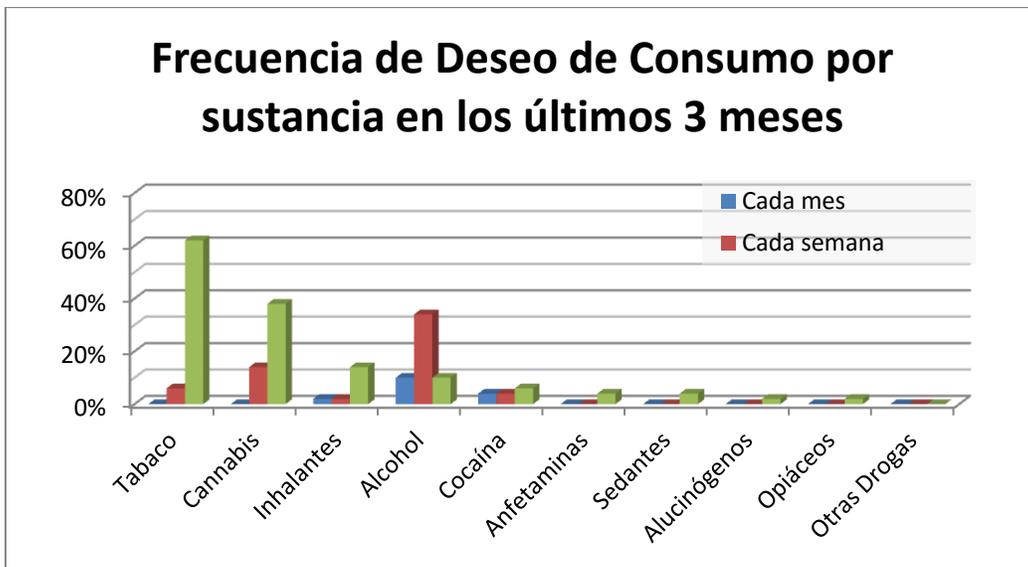


Imagen 6 - Frecuencia de Deseo de Consumo por sustancia en los últimos 3 meses

Los pacientes reportaron haber tenido problemas diversos (sociales, económicos, legales o de salud) a causa del consumo de sustancias en los últimos tres meses: 18% de consumidores de tabaco tuvieron problemas diariamente, por consumo de alcohol 12%, por cannabis 40%, cocaína 6%, anfetaminas 4%, inhalantes 12%, sedantes 4%, alucinógenos y opiáceos 1%. Destaca la alta incidencia, reportada por los pacientes encuestados, de problemas recientes por consumo de cannabis, ya que es de más del doble de la sustancia que le sigue, tabaco, y casi 4 veces más que la del alcohol. No obstante estas dos últimas sustancia son legales y de fácil acceso. Debido al nivel

socioeconómico de los pacientes del Hospital Fray Bernardino Álvarez, la incidencia de problemas por inhalantes es del mismo nivel que la del alcohol. Ver imagen 9



Imagen 7 - Frecuencia *diario o casi diario* de problemas de salud, sociales, legales o económicos

La muestra encuestada reporta que el consumo diario de sustancias tiene fuertes implicaciones en problemas de salud, sociales, legales o económicos pero no el consumo ocasional. A diferencia del alcohol que presenta la misma incidencia de problemas no obstante la frecuencia de consumo como se muestra en la imagen 10

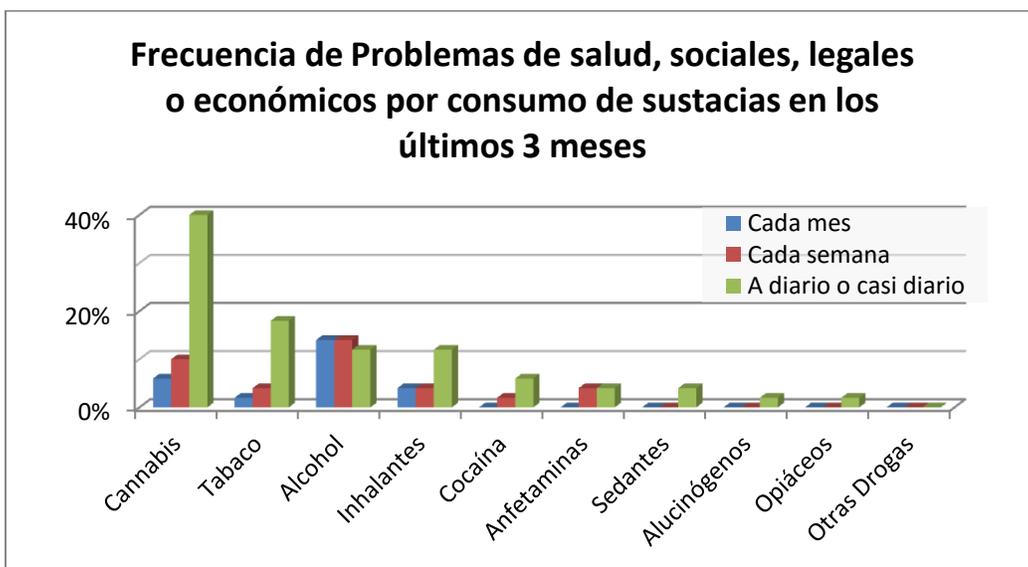


Imagen 8 - Frecuencia de Problemas de salud, sociales, legales o económicos por consumo de sustancias en los últimos 3 meses

La pregunta 5 de la prueba ASSIST cuestiona a los pacientes sobre el incumplimiento de roles adultos debido al consumo, respecto de ello ninguno deja de realizar sus actividades por consumir tabaco, sin embargo 24% de los consumidores de cannabis sí dejaron de hacer lo que se espera de ellos. En el caso del alcohol, 12% dejaron de cumplir sus actividades, por cocaína 10%, por anfetaminas 2%, por inhalantes 8%, sedantes 4% y alucinógenos 2%. Imagen 11.



Imagen 9 - Frecuencia *diario o casi diario* de problemas para cumplir obligaciones laborales

La imagen 12 muestra la preocupación de los familiares en los últimos tres meses por el consumo de los pacientes. 28% de los fumadores de tabaco así lo reportan, 46% de los consumidores de alcohol, de cannabis 52%, cocaína 18%, anfetaminas 2%, inhalantes 22%, sedantes 6%, alucinógenos y opiáceos 2%.

Preocupación mostrada por familiares debido al consumo de sustancias en los últimos 3 meses

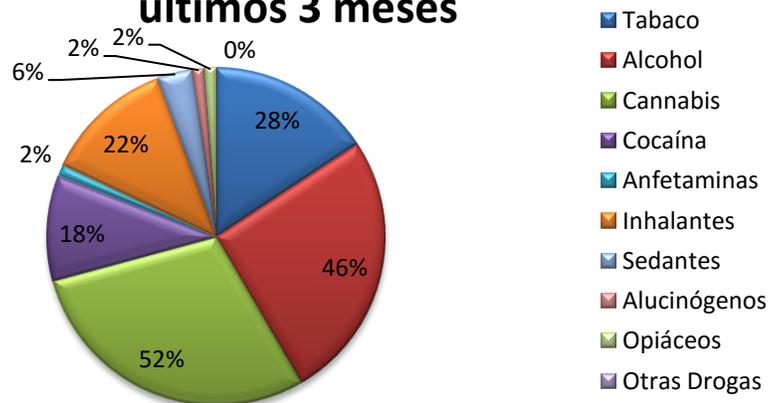


Imagen 10 - Preocupación mostrada por familiares debido al consumo de sustancias en los últimos 3 meses

De igual manera resulta importante mostrar la falta de preocupación mostrada por un familiar o persona cercana por el consumo de sustancias en los pacientes. Esto puede llevar a investigar la red de apoyo con la que cuenta el paciente. Contraponiendo los resultados de la pregunta 6 con los de pregunta 2 – consumo diario o casi diario en los últimos tres meses, se observa que más del 50% de consumidores de inhalantes, 18% de la muestra encuestada, reporta que un familiar o persona cercana no mostró preocupación por su consumo del enervante. Los consumidores de cannabis que lo hacen diariamente, 50%, un 30% reporta no preocupación por parte de familiares o personas cercanas y un 50% sí, en los últimos tres meses. Al igual, 72% de los encuestados que consumen a diario tabaco, en un 60% este consumo no causa preocupación en familiares del paciente y como lo muestra la gráfica anterior solo en un 28% de los casos sí lo hace. Véase imagen 13.

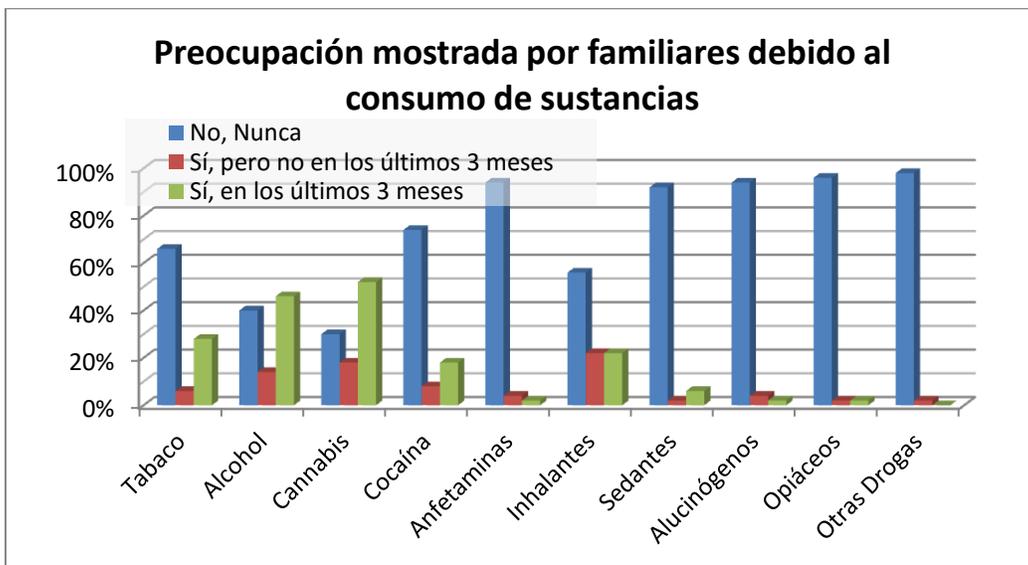


Imagen 11 - Preocupación mostrada por familiares debido al consumo de sustancias

En cuanto al intento de reducir, controlar o abandonar el consumo en los últimos tres meses los pacientes reportan, 26% manifiestan haberlo intentado por el consumo de tabaco, 18% de los consumidores de alcohol, 38% de cannabis, 20% cocaína, anfetaminas 2%, inhalantes 26% , sedantes 6% y alucinógenos y opiáceos 2%. Imagen 14

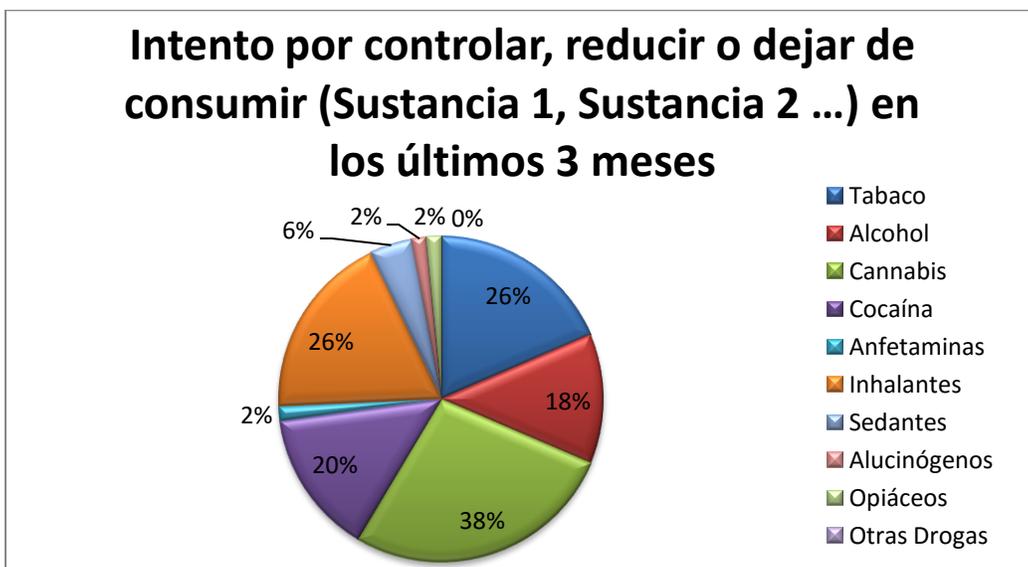


Imagen 12 - Intento por controlar, reducir o dejar de consumir (Sustancia 1, Sustancia 2, etc.) en los últimos 3 meses

La imagen 15, muestra el desinterés de los encuestados por controlar, reducir y suspender el consumo de las sustancias mostradas. El comportamiento de los consumidores de cannabis es diferente al de otras sustancias ya que muestran el mayor interés por controlar, reducir o dejar de consumir pero al mismo tiempo tienen el menor interés de hacerlo. El alcohol y el tabaco presentan un comportamiento muy similar en el deseo de disminuir el consumo.

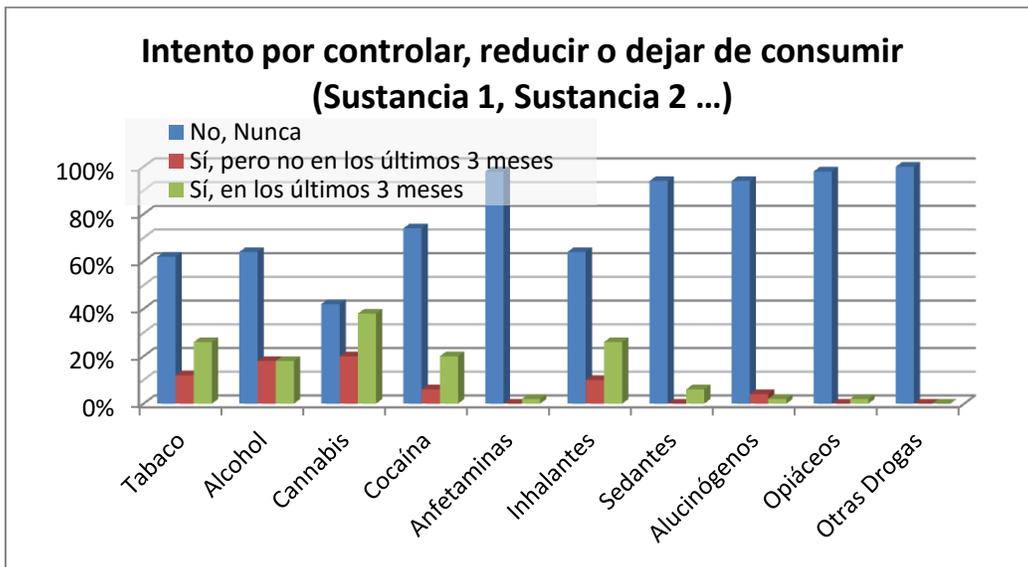


Imagen 13 - Intento por controlar, reducir o dejar de consumir (Sustancia 1, Sustancia 2, etc.)

V. DISCUSIÓN

El presente estudio ha tenido como objetivo mostrar las propiedades psicométricas del test ASSIST cuando es aplicado a una muestra de población adulta con diagnóstico psiquiátrico y consumo de sustancias. Debe subrayarse que este instrumento no había sido sometido a validación de consistencia interna en población clínica por lo que no existen estudios en este tipo de población con los cuales comparar resultados.

En el estudio se realizó un análisis de las propiedades de los ítems y la fiabilidad, encontrándose evidencias de validez basada en la estructura interna. Se aplicó el procedimiento de consistencia interna, calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente informa sobre la relación que existe entre los diferentes ítems que componen el test, de tal forma que cuando la relación entre los mismos es elevada, se está ante valores adecuados de fiabilidad. No obstante, el coeficiente alfa de Cronbach también está influido por otras fuentes de variación como es el número de ítems y la variabilidad de las personas.

El ASSIST mostró adecuada fiabilidad para la muestra de pacientes adultos con comorbilidades psiquiátricas. También sus ítems mostraron adecuados índices de discriminación al obtenerse un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84. Por lo tanto, el ASSIST reúne una adecuada fiabilidad al aplicarlo en este tipo de población.

De acuerdo a los resultados obtenidos en diferentes poblaciones no clínicas, los datos son muy similares, por ejemplo, el resultado del alfa de Cronbach obtenido en el estudio de validación de la escala ASSIST en población abierta chilena fue de 0.91²⁰, con lo cual se puede concluir la posible existencia de una patología dual, pese a que no fue una población clínica donde se aplicó, lo que obligaría a utilizar otros instrumentos clinimétricos específicos para trastornos psiquiátricos de origen no adictológico.

En cuanto a los ítems, correspondientes a los numerales 2, 3, 4 y 5 que no presentaron varianzas debido a que todos los pacientes que participaron tienen algún problema en cuanto a la disfunción obvia, al estar hospitalizados, se cuenta con la evidencia suficiente

para demostrar que otras poblaciones también tendrían dichos ítems con resultados muy similares.^{22, 27,29}

VI. CONCLUSIONES.

En los resultados de la validación de consistencia interna de la prueba ASSIST en la población clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se observa que dentro de las sustancias de mayor consumo se encuentran tabaco (94%), alcohol (98%) cannabis (86%), cocaína (46%). Destacando que aunque el tabaco es la sustancia de mayor consumo en la población clínica evaluada no es la que mayor disfunción causa, siendo en este rubro el consumo de cannabis el que causa el mayor impacto. Esto debe hacer que el profesional de la salud mental ponga especial atención en el consumo de esa sustancia en la población clínica psiquiátrica y realice mayores estudios respecto a la frecuencia de consumo, cantidad y el impacto que esto tiene en este tipo de población^{26,17}.

Actualmente se estudia cada vez más afondo el vínculo entre el consumo de sustancias y la enfermedad mental, tomándolo en cuenta como una patología dual por lo que es imprescindible una adecuada detección y consiguiente tratamiento de los trastornos mentales conjuntamente con los derivados del consumo de sustancias. Lamentablemente en la mayoría de las ocasiones sobre todo en población psiquiátrica pasa desapercibido el consumo de sustancias psicoactivas. Con las evidencias de la validez del ASSIST en población clínica psiquiátrica se tendrá una herramienta muy útil para detectar lo más oportuno posible el consumo de drogas.

La elevada gravedad clínica y social junto con sus altas prevalencias y las dificultades terapéuticas, justifica el interés por tener herramientas confiables y eficientes como la prueba ASSIST para determinar una intervención temprana y mejorar el pronóstico de los pacientes de esta población.

Si se incumple esta premisa, las consecuencias a mediano y largo plazo son, desde el punto de vista sanitario, un peor pronóstico del paciente ya diagnosticado, y a nivel social, un incremento del grado de enfermedad mental. Todo ello genera un mayor gasto en salud e institucional en general.

Sin la adecuada detección de esta población e intervención temprana aumentará el número y duración de las recaídas de ambas patologías, disminuyendo el intervalo de tiempo entre ellas. Así, las hospitalizaciones tienden a ser más frecuentes y de mayor duración.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria. Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente. Madrid, Esp, 2011
2. Guarnieri B, Adorni F, Musicco M, Appollonio I, Bonanni E, et al; Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio; trastornos adictivos Madrid, España Marzo 2012; 33:50-58.
3. Wagner F, Anthony JC. From First Drug Use to Drug Dependence: Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 26(4):479-88.
4. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008; 103(6):1039-47.
5. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Meena S Estrategias de Autoayuda Para Reducir o Eliminar El Consumo de Sustancias: Una Guía. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2011.
6. Heartherton, T.F.; Kozlowski, L.T.; Frecker, R.C. y Fagerström, K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 1991; 85, 1119-1127.
7. Knight, J.R.; Goodman, E.; Pulerwitz, T. & DuRant, R.H. Reliabilities of Short Substance Abuse Screening Tests among Adolescent Medical Patients. *Pediatrics*, 2000; 105, 948-953.
8. Arellanez-Hernández, J. L., Díaz-Negrete, D. B., Wagner-Echegaray, F., & Pérez-Islas, V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis Bivariados de un Estudio de Casos y Controles. *Salud Mental*, 2004; 27, 54-64.
9. Altman DG, Simera I, Hoey J, Moher D, and Schulz K. Equator: Reporting guidelines for health research. *Lancet*. 2008; 371:1149
10. Who ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility *Addiction*, 2002; 97, 1183-1194
11. Bedregal, L.; Sobell, L.; Sobell, M. & Simco, E. Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 2006; 31, 309-319.
12. Brown, R.L. & Rounds, L. Cojoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal*, 2005; 94, 135-140.

13. Skinner HA . Early detection of alcohol & drug problems - why? Australian Drug & Alcohol Review, 2007; 6:293-301.
14. Miller W. Motivational Interviewing With Problem Drinkers. Behavioral Psychotherapy, 2011; 11:141-172.
15. Prochaska JA, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behavior. American Psychologist, 2012; 47:1102-1114.
16. Dra. Xóchitl Martínez Bustamante, Dr. Horacio Reza- Garduño Treviño. Clínica de patología dual. Documento interno del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, 2014.
17. Marta Torrens Mèlich. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones, 2008 • Vol.20 Núm. 4 • Págs.315—320
18. Churchill Livingstone, Clasificación de trastornos mentales CIE-10. Editorial medica panamericana. 2010. Pág. 50-69.
19. Juan J. López- Ibor Aliño, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM- IV- TR. Elvsvier masson 2007. Pág. 217-331
20. Soto-Brandt, Gonzalo; Portilla Huidobro, Rodrigo; Huepe Artigas, David; Rivera-Rei, Álvaro; Escobar, María Josefina; Salas Guzmán, Natalia; Canales-Johnson, Andrés; Ibáñez, Agustín; Martínez Guzmán, Claudio; Castillo-Carniglia, Álvaro. Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Adicciones, vol. 26, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 291-302 Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Palma de Mallorca, España
21. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PloS Med 2008;5(7):e141.
22. Ferguson DM, Horwood LJ, Beutrais AL. Cannabis and educational achievement. Addiction 2003; 98(12):1681–1692.
23. Caspi A. Moffitt TE. Cannon M, McClay J et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol Psychiatry 2005;57(10):1117–1127
24. Lundqvist T, Jönsson S, Warkentin S. Frontal Lobe Dysfunction in Long-term Cannabis Users. Neurotoxicol Teratol 2001; 23:437–443.
25. Block RI, Erwin WJ, Ghoneim MM. Chronic Drug Use and Cognitive Impairments. Pharmacol Biochem Behav 2002, 73(3):491–504.
26. Quiroga GM. Cannabis y Psicopatología Comórbida. Revista Adicciones 2002; 14:(2)191–200.

27. Wilson W, Mathew R, Turkington T, Hawk T et al. Brain Morphological Changes and Early Marijuana Use: a Magnetic Resonance and Positron Emission Tomography Study. *J Addict Dis* 2000; 19:1–22.
28. Ranganathan M, D'Souza DC. The Acute Effects of Cannabinoids on Memory in Humans: A Review. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;188(4):425–444
29. Block RI, Ghoneim MM. Effects of Chronic Marijuana Use on Human Cognition. *Psychopharmacology (Berl)* 1993;110(1-2):219–228
30. Organización Panamericana de la Salud, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Washington, D.C. EE.UU. 1995

ANEXO 1

Validación de la Escala ASSIST en Población Clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (Usuario): _____ FECHA: _____

1. Propósito: Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo evaluar la capacidad de la prueba ASSIST para determinar el nivel de consumo de sustancias psicoactivas (drogas) del paciente.

2. Procedimientos y duración: Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos de diagnóstico. Si acepta participar, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación: escala ASSIST.

Será entrevistado de manera breve por el personal aplicador del instrumento. Las personas que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación. Aclarando que el resultado o diagnóstico obtenido es completamente confidencial por lo que no habrá ningún tipo de represalia ni repercusión legal en cuanto al consumo de sustancias.

3. Riesgos e incomodidades: No tiene ningún riesgo al participar en esta investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en salud mental (médico residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad

4. Beneficios potenciales: La participación en esta investigación solo le traerá beneficios ya que al detectarse riesgo de consumo se procederá a canalizar el caso a instancia correspondiente (se sugerirá a médico tratante el envío a institución dedicada a la atención de pacientes con consumo de sustancias al egreso para llevará cabo la intervención breve p.j. CIJ) , además de tomar medidas pertinentes para el tratamiento oportuno durante la hospitalización. El estudio no tendrá costo alguno al paciente.

5. Derecho de retirarse de la investigación: La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en él o retirarse en cualquier momento.

6. Confidencialidad: Su identidad se mantendrá en completo anonimato. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos, y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales, o desea informar acerca de un problema médico, que pueda estar relacionado con este estudio, a la médico residente Gabriela Pellón Díaz , comunicarse al teléfono (55) 56550751. También puede contactarnos vía correo electrónico dra.gabrielapellondiaz@unam.com.mx

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACION, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO

FIRMA (USUARIO)_____

FIRMA TESTIGO_____FIRMA INVESTIGADOR_____

VIII. ANEXO 2

Hoja de Registro de Datos de Pacientes con Consumo de Sustancias.

Nombre: _____

Fecha: _____

No. Expediente: _____ Edad: _____ Género: M / F

Escolaridad:

Sin estudios (no sabe leer ni escribir)	<input type="checkbox"/>	Estudios técnicos o comerciales	<input type="checkbox"/>
Sin estudios (sabe leer y escribir)	<input type="checkbox"/>	Bachillerato o bachillerato técnico	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Estudios superiores	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Estudios de posgrado	<input type="checkbox"/>

Estudios concluidos () Estudios no concluidos () En curso ()

Ocupación

(empleado/desempleado): _____

Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/>	Desempleado (buscó empleo en el último mes)	<input type="checkbox"/>
Estudiante con actividad laboral	<input type="checkbox"/>	Desocupado (no buscó empleo en el último mes)	<input type="checkbox"/>
Actividad laboral estable (más de 6 meses)	<input type="checkbox"/>	Hogar	<input type="checkbox"/>
Actividad laboral reciente o inestable (menos de 6 meses)	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Consumo de Sustancias:

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida Anotar en orden cronológico según inicio		Sustancias utilizadas en los últimos 12 meses				
Sustancia	Edad de inicio	Frec	Forma de adm.	Abst	Último consumo Ocasión / Dosis	

Droga de preferencia en los últimos 12 meses:

Droga de mayor impacto en los últimos 12 meses:

Uso combinado de drogas en los últimos 12 meses:

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 Benzodiacepinas 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
--	--	--	---	---

IX. ANEXO 3

Carta de solicitud al jefe de servicio del cuarto piso de hospitalización continua

México DF, a 9 de abril del 2015

Dra. Xóchitl Martínez
Jefe del cuarto piso de hospitalización continúa
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Por medio de la presente me permito enviarle un cordial saludo y así mismo solicitar su autorización y apoyo para aplicar la escala de tamizaje de alcohol, tabaco y uso de drogas, ASSIST, a 50 pacientes del servicio a su cargo, lo anterior con la finalidad de realizar la tesis de validación interna del consumo de sustancias en población psiquiátrica del servicio de hospitalización continua del cuarto piso.

Agradeciendo su atención, quedo de usted para cualquier duda y aclaración.

Atentamente

Gabriela Pellón Díaz
Residente de tercer año

X. ANEXO 4

OMS- ASSIST V3.0

PREGUNTA 1

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo de uso NO médicos)	NO	SÍ
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros. Especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:

¿Tampoco incluso cuando iba a la escuela?

Si contesto “no” a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contesto “sí” a alguno de estos ítems, siga a la pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

PREGUNTA 2

En los últimos TRES meses , ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina , etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros. Especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido NUNCA a todos los ítems la pregunta 2, salte a la pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la pregunta 2 en los últimos 3 meses, continúe con las preguntas 3, 4, 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

PREGUNTA 3

En los últimos TRES meses , ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolinás/ nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina , etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros. Especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4

En los últimos TRES meses , ¿Con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales, económicos?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolinás/ nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina , etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros. Especifique:	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5

En los últimos TRES meses , ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolinás/ nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina , etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros. Especifique:	0	5	6	7	8

PREGUNTA 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más ALGUNA VEZ ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3	6
f. Inhalantes (colas, gasolinás/ nafta, pegamento, etc.)	0	3	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina , etc.)	0	3	6
j. Otros. Especifique:	0	3	6

PREGUNTA 7

¿Ha intentado ALGUNA VEZ controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3	6
f. Inhalantes (colas, gasolinás/ nafta, pegamento, etc.)	0	3	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina , etc.)	0	3	6
j. Otros. Especifique:	0	3	6

PREGUNTA 8

	No, Nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido ALGUNA VEZ alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USO NO MÉDICO)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE.

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en ese periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Patrón de Inyección

Guías de Intervención

